

Comparing the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Experiential Avoidance in Maltreated Adolescents

Masoud Shahbazi Moghadam¹, Davood Jafari^{2*}, Mohsen Bahrami³

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Mal.C., Islamic Azad University, Malayer, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Mal.C., Islamic Azad University, Malayer, Iran.

Corresponding author: Davood Jafari: Assistant Professor, Department of Psychology, Mal.C., Islamic Azad University, Malayer, Iran.

Email: da.jafari@iau.ac.ir

Received: 2025/06/24

Accepted: 2025/07/25

Abstract

Introduction: Adolescents are in a period of psychological growth and development, and unsafe experiences of maltreatment can have profound effects on their mental health. In this regard, the present study aims to compare the effectiveness of emotional schema therapy (EST) and dialectical behavior therapy (DBT) on experiential avoidance (EA) in maltreated adolescents.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The study population consisted of male high school students in Hamadan city during the 2024 academic year. 45 people were selected from three schools using non-random sampling and randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). Acceptance and Action Questionnaire – version 2 (AAQ-2) was used to collect data. EST based on the Leahy et al. (2002) protocol and DBT based on the Linehan (1987) model protocol were each implemented in groups for eight weeks of 90 minutes. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance using SPSS-24 statistical software.

Results: The results showed that there was a significant difference between the groups in the variable of EA ($P=0.01$). The results of the Bonferroni test for between-group comparison showed that there was a significant difference between the EST and control groups ($P=0.01$) and DBT and control ($P=0.01$); in fact, both treatments had a significant effect on reducing EA compared to the control group until the follow-up stage; however, there was no significant difference between the two treatment groups of EST and DBT ($P=0.67$).

Conclusions: The findings indicated that emotional schema therapy and dialectical behavior therapy interventions had a similar role in reducing experiential avoidance in maltreated adolescents; accordingly, implementing these interventions is recommended to reduce EA and improve the psychological health of maltreated adolescents.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Schema Therapy, Behavioral therapy, Adolescent.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر اجتناب تجربه‌ای نوجوانان بدسرپرست

مسعود شهبازی مقدم^۱، داود جعفری^{۲*}، محسن بهرامی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

نویسنده مسئول: داود جعفری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

ایمیل: da.jafari@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۳

چکیده

مقدمه: نوجوانان در دوران رشد و تحول روانی قرار دارند و تجربه‌های ناامن از بدسرپرستی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر روی سلامت روانی آن‌ها داشته باشد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر اجتناب تجربه‌ای نوجوانان بدسرپرست انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری شامل دانش-آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهر همدان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس از سه مدرسه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II) استفاده شد. طرحواره درمانی هیجانی بر اساس پروتکل لیهی و همکاران (۲۰۰۲) و رفتار درمانی دیالکتیک بر اساس پروتکل الگوی لینهان (۱۹۸۷) هر یک به مدت هشت هفته ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شدند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر اجتناب تجربه‌ای ($P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های طرحواره درمانی هیجانی و کنترل ($P=0/01$) و رفتار درمانی دیالکتیک و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت ($P<0/05$); در واقع هر دو درمان نسبت به گروه کنترل تأثیر معناداری بر کاهش اجتناب تجربه‌ای تا مرحله پیگیری داشته‌اند؛ اما در مقابل بین دو گروه طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/67$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها دلالت بر این داشتند که مداخلات طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک نقش مشابه‌ای در جهت کاهش اجتناب تجربه‌ای نوجوانان بدسرپرست داشته‌اند؛ بر این اساس اجرای این مداخلات برای کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود سلامت روانشناختی نوجوانان بدسرپرست پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی، رفتار درمانی، نوجوانان.

مقدمه

تجربه سوءاستفاده در دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند آسیب‌زا باشد زیرا حس امنیت و اعتماد فرزندان را که برای رشد سالم ضروری است، مختل می‌کند (۱). سوءاستفاده اغلب منجر به احساسات شدیدی مانند ترس، درماندگی و شرم می‌شود و می‌تواند باعث مشکلات روانی پایدار مانند اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه شود (۲). این آسیب می‌تواند در تنظیم هیجان، عزت نفس و توانایی ایجاد روابط سالم اختلال ایجاد کند (۳). همچنین ممکن است بر رشد مغز تأثیر بگذارد و منجر به مشکلات یادگیری، مشکلات رفتاری و مشکلات در عملکرد روزانه شود (۲). بدون حمایت مناسب، این اثرات می‌توانند تا بزرگسالی ادامه یابند و بر سلامت روانی، عاطفی و حتی جسمی تأثیر بگذارند (۴). بر این اساس شناسایی پیامدهای تجربه بدرفتاری نوجوانان در خانواده بدسرپرست و ارائه مداخلات روانشناختی به‌هنگام نقش موثری در ارتقاء سلامت این نوجوانان دارد.

تجارب ناگوار در دوران کودکی نقش مهمی در افزایش اجتناب تجربه‌ای در این افراد دارد؛ که یک عامل مهم در کاهش بهداشت روانی و بروز اختلالات روانشناختی است (۵). تجربیات بدرفتاری در دوران کودکی و نوجوانی، اجتناب تجربه‌ای را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد، که شامل تلاش برای اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات دردناک است (۶). این امر به این دلیل اتفاق می‌افتد که بازماندگان سوءاستفاده اغلب عدم پذیرش هیجانی را در خود پرورش می‌دهند و این امر آنها را به سرکوب یا فرار از تجربیات درونی ناراحت‌کننده به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای سوق می‌دهد (۷). بدرفتاری، تنظیم هیجانی سالم را مختل می‌کند و باعث می‌شود افراد برای مدیریت ترس، شرم یا درماندگی طاقت‌فرسا به استراتژی‌های اجتناب تکیه کنند. این الگو به یک سبک مقابله‌ای بلندمدت ناسازگار تبدیل می‌شود که در پردازش تروما اختلال ایجاد می‌کند (۸). از نظر نورویولوژیکی، ترومای دوران کودکی سیستم‌های پاسخ به استرس را تغییر می‌دهد و رفتارهای اجتنابی را که تا بزرگسالی ادامه می‌یابند، تقویت می‌کند و آسیب‌پذیری در برابر اختلال استرس پس از سانحه، قربانی شدن مجدد و مشکلات بین فردی را افزایش می‌دهد (۹). با توجه به مباحث مطرح شده، اجرای مداخلات روانشناختی جهت کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد جهت بهبود وضعیت روانشناختی از اهمیت بالایی برخوردار است.

در این زمینه مداخلات روانشناختی متمرکز بر اصلاح و بهبود طرحواره‌ها، همچون رفتار درمانی شناختی، طرحواره درمانی، طرحواره درمانی هیجانی و زمینه‌ای نتایج امیدوارکننده‌ای در راستای کاهش اجتناب تجربه‌ای ارائه کرده‌اند (۱۰، ۱۱). مطالعات متعدد، اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش اجتناب تجربی در جمعیت‌های بالینی نشان می‌دهند (۱۱). تحقیقات روی بیماران قلبی عروقی نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اجتناب تجربی را از طریق بهبود تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد (۱۲). برای دانش‌آموزانی که دچار اهمال‌کاری تحصیلی هستند، طرحواره درمانی با پرداختن به طرحواره‌های ناسازگار که رفتارهای اجتنابی را هدایت می‌کنند، اجتناب تجربه‌ای را کاهش داد و بهبودهای قابل توجهی پس از درمان مشاهده شد (۱۳). همچنین مطالعات مقایسه‌ای نشان دادند که طرحواره درمانی در کاهش خرده مقیاس‌های اجتناب شناختی مانند سرکوب فکر و اجتناب از تهدید، نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر است (۱۴).

همچنین مطالعات پیشین دلالت بر این دارند که رفتاردرمانی دیالکتیک نتایج معتبری در بهبود سلامت روانشناختی نوجوانان آسیب دیده از تجارب تروماتیک ارائه کرده است (۱۵، ۱۶). تحقیقات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک به طور مؤثری اجتناب تجربه‌ای را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کاهش داده است (۱۷). یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده که رفتاردرمانی دیالکتیک را با رفتاردرمانی شناختی مقایسه می‌کند، نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش قابل توجه و سریع‌تر اجتناب تجربه‌ای در طول یک سال درمان و پیگیری، با اندازه اثر متوسط می‌شود (۱۸). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک با افزایش پذیرش و تنظیم هیجان مرتبط است، که به بیماران کمک می‌کند تا به جای اجتناب از تجربیات درونی ناراحت‌کننده، با آنها روبرو شوند. این یافته‌ها نقش متمایز رفتاردرمانی دیالکتیک را در هدف قرار دادن اجتناب تجربه‌ای فراتر از اثرات درمان تخصصی عمومی برجسته می‌کند (۱۹).

رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی هر دو رویکردهای درمانی هستند که در درمان شرایط مختلف سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرند. در حالی که آن‌ها برخی از شباهت‌ها را به اشتراک می‌گذارند، تفاوت‌های مشخصی بین این دو وجود دارد. رفتار درمانی دیالکتیکی عناصر درمان شناختی-رفتاری را با تکنیک‌های ذهن

می سازد (۲۴). همچنین در مطالعات پیشین این دو درمان بر پریشانی روانشناختی و اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (۲۰)، بر تنظیم هیجان معلولین جسمی حرکتی (۲۴) و بر تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرح واره های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۲۵) مورد توجه پژوهشگران بوده است؛ اما اجرای مقایسه ای این دو درمان در نوجوانان بدسرپرست در بررسی پیشینه یافت نشد. تجارب آسیب زا در دوران کودکی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلالات روانشناختی در نوجوانان و بزرگسالان دارد؛ بر این اساس ارائه مداخلات روانشناختی به هنگام نقش مهمی در پیشگیری از اختلالات روانشناختی در بزرگسالی دارد. همچنین با توجه انعطاف پذیری بالایی که در نوجوانان نسبت به بزرگسالان وجود دارد؛ بهبود آسیب های ناشی از تجربه بدسرپرستی در این گروه سنی از اهمیت بالایی برخوردار است و نقش مهمی سلامت روان افراد در بزرگسالی دارد، بر این اساس اجرای این پژوهش از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین با توجه به اینکه نوجوانان بدسرپرست انواع بدرفتاری ها را در دوران زندگی خود تجربه کرده اند، می بایست با توجه به پتانسیل های مختلفی که در درمان های مختلف وجود دارد، جهت ارتقاء سلامت روانشناختی این نوجوانان اقدامات بالینی لازم انجام شود و کارایی درمان های مختلف مقایسه گردد؛ تا مناسب ترین مداخلات روانشناختی برای این گروه معرفی شود. با توجه به اهمیت این موضوع مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر اجتناب تجربه ای در نوجوانان بدسرپرست انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم در سه گروه (ریاضی، علوم تجربی و علوم انسانی) شهر همدان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک های ورود به پژوهش، ۴۵ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس از سه مدرسه انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش،

آگاهی ترکیب می کند. بر تعادل بین پذیرش و تغییر تاکید می کند. رفتار درمانی دیالکتیکی از استراتژی های مختلفی مانند درمان فردی، آموزش مهارت ها و گروه درمانی برای هدف قرار دادن اختلالات عاطفی و رفتارهای خود تخریبی استفاده می کند. طرحواره درمانی هیجانی عناصر شناخت درمانی، درمان طرحواره محور و درمان متمرکز بر هیجان را ادغام می کند. در درجه اول بر اصلاح طرحواره های ناسازگار از طریق بازسازی شناختی، تنظیم هیجان و تکنیک های تجربی تمرکز دارد؛ اما در این درمان بعد پذیرش مورد توجه نمی باشد (۲۰). پرکینز و همکاران (۲۱) در پژوهشی طولی به بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک در افراد مبتلا به اختلال خوردن پرداختند. نتایج نشان داد که این درمان نقش موثری بر بهبود رفتارهای خودآسیبی داشته است. همچنین چوی و همکاران (۲۲) پژوهشی با هدف ارزیابی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش نشانگان خودانتقادی در افراد مبتلا به افسردگی انجام دادند. نتایج نشان داد که این درمان در کوتاه مدت و پیگیری نقش موثری در کاهش افسردگی داشته است؛ همچنین ارزیابی کیفی نشان داد که ۵ نفر از افراد در پایان دوره نشانگان افسردگی را به طور کامل نداشتند.

رفتار درمانی دیالکتیکی از چهار ماژول اصلی ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی تشکیل شده است. این ماژول ها به افراد کمک می کند تا مهارت های مربوط به خودآگاهی، تنظیم هیجان، مقابله با پریشانی و بهبود روابط بین فردی را توسعه دهند. در مقابل طرحواره درمانی هیجانی بر شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار تمرکز دارد. این شامل تکنیک هایی مانند بازسازی شناختی، استراتژی های تنظیم هیجان، و تمرین های تجربی برای به چالش کشیدن و تغییر باورهای اصلی ناکارآمد است (۲۳). همچنین رفتار درمانی دیالکتیکی بر یک رابطه حمایتی درمانگر و مراجع تاکید دارد. درمانگر نقش فعالی را ایفا می کند و به مراجع راهنمایی می کند و مهارت ها را آموزش می دهد. در مقابل طرحواره درمانی هیجانی یک رویکرد فعالانه تر می باشد که نقش درمانگر برجسته تر است. درمانگر به مراجع کمک می کند تا طرحواره های ناسازگار خود را کشف و درک کند و در عین حال حمایت و راهنمایی را ارائه می دهد. در نهایت می توان گفت که مقابله با دردهای زندگی به روش پذیرش فعالانه در رفتار درمانی دیالکتیک یک موضوع خاص و منحصر به فرد است که مسیر درمانی خود را با طرحواره درمانی هیجانی متمایز

عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، دانش آموزی دارای خانواده‌های بدسرپرست باشد (در پرونده مشاوره گزارش شده است)، عدم سابقه اختلالات روانشناختی شدید (اختلالات سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات دو قطبی)، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل در نظر گرفته شد. معیارهای خروج هم عبارتند از شرکت در درمان های گروهی دیگر به صورت همزمان و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی، تجربه سوگ در طول درمان، نیاز به خدمات روان درمانی فردی و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود.

پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه توسط باند و همکاران در سال ۲۰۱۱ (۲۶) جهت سنجش اجتناب تجربی و عدم انعطاف روانشناختی طراحی شده است. AAQ-II از ۱۰ گویه ساخته شده است و از یک مقیاس لیکرت استفاده می کند که از ۱ (هرگز درست) تا ۷ (همیشه درست است) اجرا می شود و نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بیشتری از اجتناب تجربه ای است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی جهت بررسی روایی از یک ساختار تک عاملی حمایت می کند. نتایج نشان می دهد که ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی در نمونه های مختلف بین ۰/۷۸ الی ۰/۸۸ قرار دارد همچنین پایایی آزمون مجدد ۳ و ۱۲ ماهه برای AAQ-II به ترتیب در ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش شد

(۲۶). در ایران این پرسشنامه توسط عباسی و همکاران (۲۷) در یک مطالعه در دانشجویان اعتباریابی شده است. تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را نشان داد. هم چنین همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسشنامه در گروه های مختلف مطلوب بود (۰/۸۹-۰/۷۱).

این پژوهش با پخش فراخوان شرکت در طرح پژوهشی در مدارس آغاز شد. پس از مطالعه پرونده مشاوره دانش آموزان، مواردی که گزارش آزار و اذیت در خانه را داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور بررسی معیارهای ورود و اطمینان بابت تجارب بدرفتاری در محیط خانه، همه این افراد در یک مصاحبه بالینی شرکت کردند. در نهایت ۴۵ نفر که واجد شرایط بودند به روش هدفمند انتخاب شدند؛ سپس شرکت کنندگان به صورت تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند و هر سه گروه پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم را پاسخ دادند. طرحواره درمانی هیجانی به مدت هشت هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) بر اساس پروتکل لیهی و همکاران (۲۸) طراحی شده است و در ایران در قالب یک کتاب تالیفی با عنوان «رویکرد طرحواره درمانی هیجانی» (۲۸) به فارسی ترجمه شده است. خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسات	محتوا
اول	آشنایی درمانگر با اعضای گروه و اعضا با یکدیگر و توضیح هریک از اعضا در مورد هدف از شرکت در گروه؛ مطرح ساختن قوانین گروه از سوی درمانگر؛ دادن فرصت به اعضا برای بیان احساساتی که در خانواده تجربه می کنند.
دوم	ارایه آموزش درباره هیجان جهت افزایش درک و فهم اعضا از هیجان؛ معرفی کلی طرحواره درمانی هیجانی و بیان منطق و مراحل مداخله.
سوم	تعریف و توضیح طرحواره های هیجانی و تاثیر آن ها بر احساسات و رفتارهای ما با ذکر مثال.
چهارم	توضیح راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان و جایگزین کردن راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان به جای راهبردهای در دسر ساز قبلی.
پنجم	اعتبار بخشی و بهنجار سازی احساسات جهت پذیرش هیجانهای سخت مانند احساس پشیمانی؛ استفاده از تمثیل خوش آمدگویی به هیجانها (به عنوان میهمان) در راستای تقویت باور گذرا بودن هیجانات.
ششم	مرتبط کردن هیجانهای دشوار با ارزش های متعالی با ذکر مثال، استفاده از استعاره هیولاهای داخل اتوبوس جهت آموزش فضا سازی برای هیجانات.
هفتم	آموزش ذهن آگاهی و انجام تمرینهای مبتنی بر ذهن آگاهی مانند آرمیدگی پیشرونده عضلانی، تصویر سازی ذهنی مثبت و تنفس دیافراگمی.
هشتم	ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا، آماده کردن اعضا برای پایان درمان، کمک به تداوم آموخته های جدید از طریق بررسی موانع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آنها، دریافت بازخورد از اعضا راجع به کمیت، کیفیت و اثربخشی جلسات درمانی و اجرای پس آزمون.

مسعود شهبازی مقدم و همکاران

رفتار درمانی دیالکتیک بر اساس الگوی لینهان (۲۹) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی اجرا شد؛ همچنین قبل از این پروتکل در ایران توسط پهلوان و همکاران (۳۰)

اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد کردن احساس راحتی اعضا با هم در رابطه با ابراز کردن احساسات، توضیح درباره نحوه کار گروه، رازداری، حضور مرتب جلسات، تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان کردن مشکلات خانوادگی.
دوم	آموزش تکنیک درک هیجان در روابط، اجزاء آن و تأثیراتش که شامل هیجان چطور عمل می کند، آسیب پذیری در برابر تجربه های هیجانی منفی، واکنشی بودن، زمان رسیدن به تعادل.
سوم	آموزش تکنیک پذیرش خود و همسر که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و وجود خشم در روابط است.
چهارم	آموزش تکنیک چگونگی توقف اوضاع وخیم که شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زیان بار می شود.
پنجم	آموزش تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی شدن و شرطی سازی مجدد، شرطی سازی با جعبه و آلبوم است.
ششم	آموزش تکنیک فعال سازی مجدد روابط که شامل راه های مختلف با هم بودن، موقعیت های دارای تعارض، موقعیت های لذت بخش می شود.
هفتم	آموزش تکنیک ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم انگاری خواسته ها، بیش انگاری خواسته ها می شود.
هشتم	آموزش تکنیک مدیریت مسائل و راه حل های گفتگو کردن که شامل مدیریت مساله در مقابل حل مساله، تعیین مسئله، تجزیه و تحلیل مسئله می شود.

حضور پیش آزمون، اعضای گروه های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته ها

در این مطالعه در هر یک از گروه ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند، اما به سبب ریزش تا مرحله پیگیری هر یک از گروه ها به ۱۳ نفر تقلیل یافتند، این افراد جلسات درمانی را تا انتها تکمیل نکردند و مایل به تکمیل پرسشنامه ها نبودند. در جدول ۳ اطلاعات جمعیت شناختی سه گروه ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نشد و شرکت در پژوهش اختیاری بود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد؛ تا اجازه کتبی جهت حضور در جلسات درمانی را از یکی از والدین دریافت کنند. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پروپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با شناسه IR.IAU.B.REC.1403.098 تایید شده است. پس از اجرای

جدول ۳: پراکندگی اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک گروه ها

متغیرها	دسته بندی	گروه کنترل تعداد	طرحواره درمانی هیجانی تعداد	رفتار درمانی دیالکتیک تعداد	Chi- square test	P-value
پایه تحصیلی	دهم	۵	۴	۵	۱/۳۴	۰/۶۵
	یازدهم	۶	۵	۳		
	دوازدهم	۲	۴	۵		
تحصیلات پدران	بیسواد	۴	۶	۷	۲/۲۲	۰/۴۳
	سیکل و دیپلم	۹	۷	۶		
تحصیلات مادران	بیسواد	۴	۹	۳	۱/۸۹	۰/۵۵
	سیکل و دیپلم	۹	۴	۱۰		
سن		M ± SD ۱۶/۳۳±۰/۸۹	M ± SD ۱۶/۰۴±۰/۶۷	M ± SD ۱۶/۰۴±۱/۰۱	F ۰/۸۷	P-value ۰/۶۹

همگون هستند. در جدول ۴ شاخص های گرایش مرکزی متغیر اجتناب تجربه ای و نرمال بودن توزیع داده ها ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بین گروه ها در پایه تحصیلی ($P=0/65$)، میزان تحصیلات مادران ($P=0/43$)، میزان تحصیلات مادران ($P=0/55$) و سن ($P=0/69$) تفاوت معناداری وجود ندارد؛ در واقع گروه ها از نظر این اطلاعات

جدول ۴: شاخص های توصیفی متغیر اجتناب تجربه ای به تفکیک گروه ها

متغیر	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک
آماره	معناداری				
اجتناب تجربه ای	پیش آزمون	کنترل	۵۲/۳۰	۷/۷۷	۰/۸۷
		طرحواره درمانی هیجانی	۵۵/۳۸	۷/۰۷	۰/۹۵
		رفتار درمانی دیالکتیک	۴۹/۶۱	۶/۹۹	۰/۹۰
		کنترل	۵۲/۸۴	۸/۹۱	۰/۸۹
	پس آزمون	طرحواره درمانی هیجانی	۲۵/۳۰	۸/۲۱	۰/۹۲
		رفتار درمانی دیالکتیک	۲۵/۲۳	۷/۷۰	۰/۹۵
		کنترل	۵۱/۳۰	۶/۸۴	۰/۹۴
		طرحواره درمانی هیجانی	۲۴/۷۶	۴/۴۷	۰/۹۶
پیگیری		رفتار درمانی دیالکتیک	۲۳/۳۸	۵/۷۸	۰/۹۴

همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($P>0/05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر اجتناب تجربه ای ($W=0/93$, $P=0/29$) معنادار نمی باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله ها در مراحل سنجش و مقایسه آن ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

در جدول ۴ نتایج نشان می دهد که گروه های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر اجتناب تجربه ای داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه های مداخله کاهش یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه ها دارای توزیع نرمال است ($P>0/05$)؛ بر این اساس می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس ها در متغیر اجتناب تجربه ای به تفکیک مراحل سنجش ($F=0/43$, $P=0/65$) همگون می باشد؛

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیر اجتناب تجربه ای

اثر	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۸	۱۳۰/۹۶	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۸	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۱۳۰/۹۶	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۸	۱
	اثر هتلینگ	۷/۴۸	۱۳۰/۹۶	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۸	۱
	بزرگترین ریشه روی	۷/۴۸	۱۳۰/۹۶	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۸	۱

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیر وابسته به طور همزمان ($F=130/96$, $P=0/01$)

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیر وابسته به طور همزمان ($F=130/96$, $P=0/01$)

مشخص نسبت که در کدام یک از گروه ها این چنین
تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.
بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن میکس آنوا برای اجتناب تجربه ای در سه مرحله اندازه گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب تجربه ای	زمان	۹۰۵۵/۶۱	۲	۴۵۲۷/۸۰	۹۹/۸۷	۰/۰۱	۰/۷۳	۱
	زمان*گروه	۴۵۱۶/۱۴	۴	۱۱۲۹/۰۳	۲۴/۹۰	۰/۰۱	۰/۵۸	۱
	خطا	۳۲۶۴/۲۵	۷۲	۴۵/۳۴				
	بین گروهی	۸۷۳۰/۳۸	۲	۴۳۶۵/۱۹	۵۶/۹۴	۰/۰۱	۰/۷۶	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول
۶ نشان داد که بین گروه ها در متغیر اجتناب تجربه ای
جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون
تعیینی بن فرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۷ ارائه
شده است. ($\eta^2=0/76$, $F=56/94$, $P=0/01$) تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر اجتناب تجربه ای

مراحل سنجش		کنترل		طرحواره درمانی هیجانی		رفتار درمانی دیالکتیک	
پیش آزمون	پس آزمون	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۰/۵۴	۱/۰۰	۳۰/۰۷	۰/۰۱	۲۴/۳۸	۰/۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۱	۱/۰۰	۳۰/۶۱	۰/۰۱	۲۶/۲۳	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	۱/۵۴	۱/۰۰	۰/۵۴	۱/۰۰	۱/۸۴	۱/۰۰
		طرحواره * کنترل		دیالکتیک * کنترل		طرحواره * دیالکتیک	
مقایسه بین گروهی		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۷/۰۰	۰/۰۱	۱۹/۴۱	۰/۰۱	۲/۴۱	۰/۶۷

نتایج جدول ۷ گویای این است که در گروه کنترل بین
مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)، اما
در مقابل نشان داد که در گروه های درمانی نمرات پیش
آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد ($P<0/05$)؛
اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود
ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه های درمانی
از پس آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می توان گفت که
هر دو درمان به طور معنادار در طول زمان باعث کاهش
اجتناب تجربه ای شده اند. نتایج آزمون بن فرونی جهت
مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه های طرحواره
درمانی هیجانی و کنترل ($P=0/01$) و رفتار درمانی دیالکتیک
و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت.

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی
هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر اجتناب تجربه ای
نوجوانان بدسرپرست انجام شد. یافته اول نشان داد طرحواره

کمک می‌کند تا احساسات خود را تشخیص داده و درک کنند و به آن‌ها در یادگیری راه‌های مناسب برای مدیریت هیجانات و ارتباطات مؤثر کمک می‌کند. این روش درمانی بر مفاهیمی مانند توجه به هیجانات، تشخیص و بازنگری هیجانات، تعاملات میان فردی و تمرکز بر خودآگاهی ارتباطی تأکید دارد. هدف اصلی طرحواره درمانی هیجانی، بهبود مهارت‌های هیجانی و ارتباطی افراد است. این روش درمانی به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در درمان اختلالات مزمن هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و اضطراب اجتماعی شناخته شده است (۱۱)؛ بنابراین اجرای این مداخله می‌تواند به سبب بهبود هیجانات آسیب دیده در تعامل با والدین و افزایش خودآگاهی هیجانی نقش موثری بر پذیرش هیجانات و کاهش اجتناب از آن‌ها را به دنبال داشته باشد.

یافته دوم نشان داد رفتار درمانی دیالکتیک موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای نوجوانان بدسرپرست شده است؛ این یافته با پژوهش‌های چوی-کابین و همکاران (۱۵)، میچالوسکا و همکاران (۱۵) و بیاکسیو و همکاران (۱۷) همسو است. در تبیین می‌توان بیان نمود که رفتاردرمانی دیالکتیک با آموزش مهارت‌هایی که پذیرش و تنظیم هیجانی را ارتقا می‌دهند، اجتناب تجربه‌ای را در نوجوانان مورد آزار و اذیت کاهش می‌دهد و آنها را قادر می‌سازد تا به جای اجتناب از تجربیات درونی ناراحت‌کننده، با آنها روبرو شوند (۱۷). رفتاردرمانی دیالکتیک ذهن آگاهی را با استراتژی‌های رفتاری ترکیب می‌کند و به نوجوانان کمک می‌کند تا احساسات دردناک را بدون توسل به رفتارهای اجتنابی مضر مانند خودآزاری یا تجزیه، تحمل کنند (۳۳). مطالعات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک به طور منحصر به فردی اجتناب تجربه‌ای و ابراز خشم را در مقایسه با سایر درمان‌های تخصصی بهبود می‌بخشد و تأثیر خاص آن را بر پردازش هیجانی برجسته می‌کند. تمرکز این درمان بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان، نوجوانان را به مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم‌تری مجهز می‌کند و نیاز به فرار یا سرکوب احساسات منفی را کاهش می‌دهد (۱۹). نوجوانانی که سوء استفاده را تجربه کرده اند ممکن است با احساسات شدید و طاقت فرسا دست و پنجه نرم کنند. رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مهارت‌هایی را برای شناسایی، درک و تنظیم موثر هیجانات خود ایجاد کنند (۳۴). همچنین بسیاری از نوجوانانی که سوء

استفاده را تجربه کرده اند ممکن است در تحمل موقعیت‌ها یا احساسات ناراحت‌کننده دچار مشکل شوند. رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند راهبردهایی را به آن‌ها بیاموزد تا با پریشانی کنار بیایند، بدون توسل به رفتارهای خود مخرب، مانند آسیب رساندن به خود یا سوء مصرف مواد (۳۵). علاوه بر این نوجوانانی که سوء استفاده را تجربه کرده اند ممکن است در روابط و مهارت‌های ارتباطی خود با چالش‌هایی مواجه شوند. رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند ابزارهایی برای بهبود اثربخشی بین فردی، تعیین مرزهای سالم و توسعه مهارت‌های ابراز وجود در اختیار آن‌ها قرار دهد (۳۶).

یافته سوم نشان داد که بین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش اجتناب تجربه‌ای نوجوانان بدسرپرست تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ در واقع هر دو درمان تأثیر مشابه‌ای داشته‌اند. این یافته با پژوهش کلانتریان و همکاران (۲۰) همسو است؛ آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی هر دو اثر یکسانی بر کاهش پریشانی روانشناختی و اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی داشتند. اما در مقابل رحمانی و همکاران (۲۴) نشان دادند که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک در معلولان جسمی حرکتی بود. صبری و همکاران (۲۵) نشان دادند که دو درمان بر تکانشگری و بد تنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر مشابه‌ای داشتند. طرحواره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی هر دو به طور مؤثر اجتناب تجربی را در نوجوانان بدسرپرست کاهش می‌دهند، زیرا آنها به اختلال تنظیم هیجان می‌پردازند، هرچند از طریق مکانیسم‌های مختلف. در طرحواره درمانی هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل گرفته توسط تجربیات نامطلوب دوران کودکی را هدف قرار می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا باورهای ریشه‌داری را که باعث اجتناب می‌شوند، درک و اصلاح کنند و در نتیجه با حل آسیب‌های اساسی، تنظیم هیجان را به طور غیرمستقیم بهبود می‌بخشد (۳۷). در مقابل، رفتار درمانی دیالکتیک به طور مستقیم مهارت‌های عملی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی را آموزش می‌دهد تا به افراد کمک کند تا احساسات دردناک را بدون اجتناب بپذیرند و مدیریت کنند (۳۸). با وجود این تفاوت‌ها، هر دو درمان

شده‌اند، همچنین در کارایی این دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشده و هر دو اثر یکسانی داشته‌اند. در نتیجه، طرحواره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به یک اندازه در کاهش اجتناب تجربه‌ای در میان نوجوانان بدسرپرست مؤثر هستند. این نشان می‌دهد که می‌توان از هر دو رویکرد درمانی با اطمینان برای کمک به این جمعیت آسیب‌پذیر در بهبود تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای استفاده کرد. نتایج قابل مقایسه، ارزش ادغام این درمان‌های مبتنی بر شواهد را در موقعیت بالینی برجسته می‌کند و گزینه‌های انعطاف‌پذیر متناسب با نیازهای فردی را ارائه می‌دهد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم. این مطالعه دارای تایید اخلاقی با شناسه IR.IAU.B.REC.1403.098 بوده است.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافع بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

1. Downey C, Crummy A. The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2022;6(1):100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>
2. Cruz MA, Gomes NP, Campos LM, Estrela FM, Whitaker MC, Lirio JG. Impacts of sexual abuse in childhood and adolescence: an integrative review. *Ciencia & saude coletiva*. 2021;26:1369-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.02862019>
3. Kessler CL, Vrshek-Schallhorn S, Mineka S, Zinbarg RE, Craske M, Adam EK. Experiences of adversity in childhood and adolescence and cortisol in late adolescence. *Development and psychopathology*. 2023;35(3):1235-50. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001152>
4. Fagan AA. Adverse childhood experiences and adolescent exposure to violence. *Journal of*

در نهایت پردازش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری را پرورش می‌دهند و نیاز به فرار یا سرکوب تجربیات درونی ناراحت‌کننده را کاهش می‌دهند. ریشه‌های مشترک شناختی-رفتاری و تمرکز این دو مداخله بر آگاهی و تنظیم هیجانی، زیربنای نتایج مشابه آنهاست.

مطالعه حاضر در نمونه محدودی از دانش آموزان خانواده های بدسرپرست شهر همدان به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش های آینده از طرح های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین حجم نمونه پایین، ریزش حجم نمونه تا پایان سنجش پیگیری، عدم کنترل زمینه‌های اقتصادی و فرهنگی خانواده و عدم اجرای مداخله همزمان در والدین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده تحت پوشش قرار گیرد. در زمینه کاربردی اجرای رفتار درمان دیالکتیک و سپس طرحواره درمانی هیجانی به منظور کاهش اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان بدسرپرست پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک هر یک به‌طور مؤثر موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان بدسرپرست interpersonal violence. 2022;37(3-4):1708-31. <https://doi.org/10.1177/0886260520926310>

5. Liu H, Wang W, Yang J, Guo F, Yin Z. The effects of alexithymia, experiential avoidance, and childhood sexual abuse on non-suicidal self-injury and suicidal ideation among Chinese college students with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*. 2021;282:272-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.181>
6. Miller ML, Gerhart JI, Maffett AJ, Lorbeck A, England AE, O'Mahony S. Experiential avoidance and post-traumatic stress symptoms among child abuse counselors and service workers: a brief report. *Journal of interpersonal violence*. 2022;37(11-12):NP10382-92. <https://doi.org/10.1177/0886260520976225>
7. Rosenbaum DL, White KS, Artime TM. Coping with childhood maltreatment: Avoidance and eating disorder symptoms. *Journal of*

- health psychology. 2021;26(14):2832-40.
<https://doi.org/10.1177/1359105320937068>
8. Wu J, Liu S, Luo J, Li X, You J. The effects of childhood abuse, depression, and self-compassion on adolescent nonsuicidal self-injury: a moderated mediation model. *Child Abuse & Neglect*. 2023;136:105993.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105993>
9. Batchelder AW, Safren SA, Coleman JN, Boroughs MS, Thiim A, Ironson GH, Shipherd JC, O'Cleirigh C. Indirect effects from childhood sexual abuse severity to PTSD: The role of avoidance coping. *Journal of interpersonal violence*. 2021;36(9-10):NP5476-95.
<https://doi.org/10.1177/0886260518801030>
10. Chaabi F, Mehrabizade Honarmand M, Amini N. The Effectiveness of Schema Therapy in Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity of Students with Academic Procrastination. *Psychological Achievements*. 2022; 29:1-4.
11. Lian AE, Bono SA. Refining the experiential component of schema therapy for traumatised populations: A new continuum of experiential techniques. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2023;7(4):100352.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100352>
12. Changi Ashtiani M, Fattahi N, Balali D, Alavi SH. & Mahmoudzadeh M. Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Mental Pain and Experiential Avoidance in Patients with Cardiovascular Diseases. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 2024; 6(1): 90-96.
<https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.1.10>
13. Aghaei A, Boroumandnasab M, Honarmand MM. The effect of schema therapy on academic procrastination in elementary sixth grade students. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2018;9(6):670-3.
<https://doi.org/10.15406/jpcpy.2018.09.00608>
14. Eftekari A, Bakhtiari M. Comparing the effectiveness of schema therapy with acceptance and commitment therapy on cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder. *Practice in Clinical Psychology*. 2022;10(1):11-22.
<https://doi.org/10.32598/jpcp.10.1.593.1>
15. Choi-Kain L, Wilks CR, Ilagan GS, Iliakis EA. Dialectical behavior therapy for early life trauma. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2021;8:111-24.
<https://doi.org/10.1007/s40501-021-00242-2>
16. Michałowska S, Cheć M. Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Trauma. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2024;1:26-32.
<https://doi.org/10.12740/APP/172133>
17. Neacsiu AD, Lungu A, Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*. 2014;53:47-54.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.004>
18. Bass C, van Nevel J, Swart J. A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(2):4.
<https://doi.org/10.1037/h0100991>
19. Cavicchioli M, Ramella P, Vassena G, Simone G, Prudenziati F, Sirtori F, Movalli M, Maffei C. Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2020;46(3):368-84.
<https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1712411>
20. Kalantarian E, Homaei R, Bozorgi ZD. Effects of emotional schema therapy and dialectical behavior therapy on psychological distress and cognitive-behavioral avoidance in patients with bipolar II disorder. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2023;12(4): e138100.
<https://doi.org/10.5812/jjcdc-138100>
21. Perkins NM, Ortiz SN, Smith AR. Self-criticism longitudinally predicts nonsuicidal self-injury in eating disorders. *Eating disorders*. 2020;28(2):157-70.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1695450>
22. Choi BH, Pos AE, Magnusson MS. Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*. 2016;26(4):484-99.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1041433>
23. Hemmati Sabet V, Hoseini SA, Afsharinia K, Arefi M. Comparison of the effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy on temperament and character dimensions and cognitive emotion regulation strategies in patients

- with HIV. Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal. 2021;3(2):138-47. <https://doi.org/10.52547/ieepj.3.2.138>
24. Rahmani MF, Bagherzadeh GZ, Tozandehjani H, Nejat H. Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Emotional Schema Therapy on Emotional Regulation in Physically Disabled People. Journal of Disability Studies. 2019; 12: 44-44. [In Persian]
25. Sabri V, Yaghubi H, Hasani J, Mahmodalilo M. The effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder. Clinical Psychology and Personality. 2022;19(2):1-6. [In Persian]
26. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy. 2011 D;42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
27. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. Psychological Models and Methods. 2012;3(10/Winter 2013):65-80. [In Persian]
28. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and behavioral practice. 2002; 9 (3):177-90. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
29. Linehan MM. Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. Journal of Personality disorders. 1987;1(4):328-33. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.4.328>
30. Pahlavan F, Ramezani K, Rasouli Y. The Effectiveness of "Dialectical Behavior Therapy" on Basic Psychological Needs and Health Hardiness in Patients with Type 2 Diabetic. Journal of Health Promotion Management. 2022;11(5):66-79. [In Persian].
31. May T, Younan R, Pilkington PD. Adolescent maladaptive schemas and childhood abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022;29(4):1159-71. <https://doi.org/10.1002/cpp.2712>
32. Van Wijk-Herbrink MF, Broers NJ, Roelofs J, Bernstein DP. Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. International Journal of Forensic Mental Health. 2017;16(3):261-79. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1352053>
33. Geddes K, Dziurawiec S, Lee CW. Dialectical behaviour therapy for the treatment of emotion dysregulation and trauma symptoms in self-injurious and suicidal adolescent females: a pilot programme within a community-based child and adolescent mental health service. Psychiatry journal. 2013;2013(1):145219. <https://doi.org/10.1155/2013/145219>
34. Steil R, Schneider A, Schwartzkopff L. How to treat childhood sexual abuse related PTSD accompanied by risky sexual behavior: A case study on the use of dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD). Journal of child & adolescent trauma. 2022;15(2):471-8. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00421-6>
35. Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, Adrian M, Gallop R, Cohen J, Korslund K, Hughes J, Avina C, Linehan MM, McCauley E. Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2021;60(9):1105-15. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
36. Nazir S, Kazmi SF. Application of Dialectical Behaviour Therapy with CSA Related PTSD Among Young Adolescents. Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS). 2023;43(4): 597. <https://doi.org/10.55519/JAMC-04-12605>
37. Berk MS, Shelby J, Avina C, Tangeman KR. Dialectical behavior therapy for suicidal and self-harming adolescents with trauma symptoms. In Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: Considering core components and treatment effectiveness 2013 Oct 9 (pp. 215-236). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9_12
38. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brande Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. Frontiers in psychology. 2016;7:1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>