PSJ
Pajouhan Scientific Journal
Pajouhan Sci J, 2026; 24(4):286-300 DOI: 10.53208/psj.24.4.286
http://psj.umsha.ac.ir/

Original Article

Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Emotion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Emotional Self-Regulation in Adolescent Girls with a History of Self-Harming Behaviors

Fatemeh Nazem Alroaya[1], Tayebeh Sharifi[*1], Mohammad Ghasemi Pirbaloti[1]

[1] Department of Psycholog, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Article History:
Received: 18 May, 2026
Revised: 29 July, 2026
Accepted: 01 August, 2026
ePublished: 22 September, 2026

***Corresponding authors:** Tayebeh Sharifi, Department of Psychology, Shk. C, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

E-mail: Ta.sharifi@iau.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: Self-harming behaviors refer to intentional and direct actions that a person takes without suicidal intent to damage their own body tissue. This study aimed to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and emotion-focused therapy on distress tolerance and emotional self-regulation in adolescent girls with a history of self-harming behaviors.

Materials and Methods: In terms of its applied purpose, the present study was an experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population was all adolescent girls with self-harming behaviors attending counseling centers of the Department of Education in Isfahan during the 2024–2025 academic year. 54 adolescent girls with self-harming behaviors were selected using purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Adolescents in the experimental groups received dialectical behavior therapy and emotion-focused therapy separately for ten weeks in ten 90-minute sessions. In this study, the self-injurious behaviors questionnaire, emotional self-regulation questionnaire, and distress tolerance questionnaire were used. The data were analyzed by mixed-effects analysis of variance using SPSS 23 statistical software.

Results: The results showed that dialectical behavior therapy and emotion-focused therapy had a significant effect on distress tolerance and emotional self-regulation ($P<0.0001$). There was no significant difference between the effectiveness of these two interventions on distress tolerance ($p\leq0.05$). In the emotional self-regulation variable, emotion-focused therapy was more effective than dialectical behavior therapy.

Conclusion: The two interventions, dialectical behavior therapy and emotion-focused therapy, can be used to increase distress tolerance and emotional self-regulation in adolescent girls with a history of self-injurious behaviors.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Distress Tolerance, Emotional Self-Regulation, Emotion-Focused Therapy, Self-Injurious Behaviors

Please cite this article as follows: Nazem Alroaya F, Sharifi T, Ghasemi Pirbaloti M. Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Emotion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Emotional Self-Regulation in Adolescent Girls with a History of Self-Harming Behaviors. *Pajouhan Scientific Journal*. 2026; 24(4): 286-300 DOI: 10.53208/psj.24.4.286

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

Copyright © 2026. Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Background and Objective

Adolescence is a critical and turbulent stage of human development, characterized by rapid and extensive biological, psychological, and social changes. One of the destructive behaviors observed during this period, often arising from internal and external stressors, is self-injurious behavior. Deficits in emotional self-regulation and the emergence of emotional dysregulation may lead adolescents with a history of self-injury to rely on maladaptive strategies in response to emotional experiences and states. Among the existing interventions, Dialectical Behavior Therapy (DBT) has been identified as an effective treatment for adolescents with self-injurious behaviors, particularly in enhancing distress tolerance. DBT is grounded in the principles of cognitive-behavioral therapy, while also emphasizing acceptance, distress tolerance, and emotion regulation. It helps individuals acquire skills for coping with difficult and unstable emotions and, consequently, avoid self-injurious behaviors. In addition, Emotion-Focused Therapy (EFT) has been recognized as an effective intervention for adolescents with self-injurious behaviors in improving emotional self-regulation. EFT focuses on the regulation and management of emotions and is based on the assumption that many psychological problems originate in maladaptive emotional processing. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Emotion-Focused Therapy on distress tolerance and emotional self-regulation in adolescent girls with a history of self-injurious behaviors.

Materials and Methods

The present study was applied in terms of purpose and employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group and a two-month follow-up period. The statistical population consisted of all adolescent girls aged 15 to 18 years with self-injurious behaviors who had attended counseling centers in the six educational districts of Isfahan during the 2024–2025 academic year. A total of 54 adolescent girls were selected through purposive sampling as the study sample, including 19 participants in the first experimental group, 18 in the second experimental group, and 17 in the control group. The instruments used in this study included the Self-Injurious Behaviors Questionnaire, the Emotional Self-Regulation Questionnaire, and the Distress Tolerance Questionnaire.

Results

The demographic findings showed that the mean age of adolescent girls with a history of self-injurious behaviors was 16.13 years in the Emotion-Focused Therapy group, 17.74 years in the Dialectical Behavior Therapy group, and 16.65 years in the control group. The results of the analysis of variance indicated no significant difference among the mean ages of the experimental and control groups; therefore, there was no need to control for age in the present study. The results of the Bonferroni post hoc test showed that the scores of the dependent variables of the study, namely distress tolerance and emotional self-regulation, differed significantly at the posttest and follow-up stages compared with the pretest stage. This finding indicates that the interventions employed in the present study, namely Dialectical Behavior Therapy and Emotion-Focused Therapy, significantly increased the mean scores of the dependent variables at both post-intervention stages compared with the pretest. However, no significant difference was observed between the posttest and follow-up stages, suggesting that the treatment effects were maintained over time. Further comparison of the effects of Emotion-Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy revealed that the difference between the mean scores of distress tolerance in the two experimental groups was not statistically significant. This finding suggests that there was no significant difference between the effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy in improving distress tolerance among adolescent girls with a history of self-injurious behaviors. However, the difference between the mean scores of emotional self-regulation in the Emotion-Focused Therapy group and the Dialectical Behavior Therapy group was statistically significant. This finding indicates that the effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy differed significantly concerning emotional self-regulation in adolescent girls with a history of self-injurious behaviors. Specifically, Emotion-Focused Therapy was more effective than Dialectical Behavior Therapy in improving emotional self-regulation in this population.

Discussion

The findings of the present study indicated that both Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Emotion-Focused Therapy (EFT) were effective in improving distress tolerance and emotional self-regulation among adolescent girls with a history of self-injurious behaviors. However, EFT demonstrated greater effectiveness in enhancing emotional self-regulation. Although both interventions contributed to reducing emotional difficulties, they appeared to operate through different therapeutic mechanisms. DBT primarily emphasizes the acquisition of coping skills, present-moment awareness, tolerance of intense emotions, and reduction of impulsive reactions. Through systematic training in mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness, DBT helps adolescents respond to emotional distress with adaptive strategies rather than engaging in immediate self-injurious behaviors. Its positive effects on emotional self-regulation may also be understood within the framework of the biosocial

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

model, which suggests that emotional invalidation and unstable affective experiences in the developmental environment contribute to persistent problems in emotion regulation. In contrast, EFT directly targets the processing of primary emotions, the reconstruction of emotional experience, and the transformation of maladaptive emotional patterns. Many self-injurious behaviors may serve as attempts to escape painful primary emotions such as shame, fear of rejection, anger, or unresolved sadness. By establishing a safe, empathic, and accepting therapeutic relationship, EFT enables adolescents to identify, experience, and reprocess these emotions rather than avoid them or express them through harmful behaviors. This may explain its stronger impact on emotional self-regulation, as such regulation involves not only behavioral control but also emotional awareness, acceptance, and the reorganization of unresolved emotional experiences. Overall, the greater effectiveness of EFT in improving emotional self-regulation may be attributed to its deeper focus on emotional reconstruction, whereas DBT is more centered on skills training and managing the consequences of emotion.

Conclusion

Beyond confirming the efficacy of the two interventions, the findings of this study underscore the pivotal role of emotional processes in both explaining and addressing self-harming behaviors among adolescents; it appears that deficits in distress tolerance and emotional self-regulation are not merely consequences of psychological distress, but also factors that perpetuate harmful behaviors within this group.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

مجله علمی پژوهان
دوره 24 شماره 4، پاییز 1405 صفحات:286-300
DOI: 10.53208/psj.24.4.286
http://psj.umsha.ac.ir/
UMSHA Press

مقاله پژوهشی

مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان

فاطمه ناظم‌الرعایا[1]، طیبه شریفی[1*]، محمد قاسمی پیر بلوطی[1]

[1] گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: 1405/02/28
تاریخ داوری مقاله: 1405/05/07
تاریخ پذیرش مقاله: 1405/05/10
تاریخ انتشار مقاله: 1405/06/31

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسندگان مسئول:** طیبه شریفی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

ایمیل: Ta.sharifi@iau.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: رفتارهای خودآسیب‌رسان به اقدامات عمدی و مستقیمی اطلاق می شود که فرد بدون قصد خودکشی، به‌منظور آسیب‌زدن به بافت بدن خود انجام می‌دهد. این مطالعه با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه و دورهٔ پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری تمام نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ آموزش‌وپرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. تعداد 54 نوجوان دختر خودآسیب‌رسان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوهٔ تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. نوجوانان حاضر در گروه‌های آزمایش، رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار را طی ده هفته در دهٔ جلسه نوددقیقه‌ای به شکل جداگانه دریافت کردند. در این پژوهش از پرسشنامهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان، پرسشنامهٔ خودتنظیمی هیجانی و پرسشنامهٔ تحمل پریشانی استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 23 تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار در تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی تأثیر معنادار دارد ($P<0/0001$). بین میزان اثربخشی این دو مداخله در تحمل پریشانی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P\geq0/05$). در متغیر خودتنظیمی هیجانی، درمان هیجان‌مدار در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک مؤثرتر بوده است.

نتیجه‌گیری: می‌توان از دو مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار در جهت افزایش تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان بهره برد.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان هیجان‌مدار، تحمل پریشانی، خودتنظیمی هیجانی، رفتارهای خودآسیب‌رسان

استناد: ناظم‌الرعایا، فاطمه؛ شریفی، طیبه؛ قاسمی پیر بلوطی، محمد. مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان. مجله علمی پژوهان، پاییز 1405؛24(4): 286-300

مقدمه

دورهٔ نوجوانی مرحله‌ای حیاتی و متلاطم از رشد انسان است که با تغییرات سریع و گسترده در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی همراه است [1]. هیجانات ناشی از تغییرات هورمونی و افزایش حساسیت سیستم پاداش مغز، نوجوان را مستعد تجربهٔ هیجان‌های شدید و نوسانات خلقی می‌کند [2]. جست‌وجوی هویت، افزایش اهمیت روابط با هم‌سالان و تلاش برای کسب استقلال، نوجوان را در مواجهه با چالش‌ها و پریشانی‌ها آسیب‌پذیرتر می‌کند و ممکن است توانایی او را برای تحمل هیجان‌های منفی و تنظیم مؤثر هیجانات تحت‌تأثیر قرار دهد [3]. یکی از رفتارهای مخرب نوجوانان براثر عوامل فشارزای درونی و بیرونی، رفتارهای خودآسیب‌رسان (Self-harm

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

behaviors) است [4]. رفتارهای خودآسیب‌رسان اقدامات عمدی و مستقیمی است که فرد بدون قصد خودکشی، به‌منظور آسیب‌زدن به بافت بدن خود انجام می‌دهد. این رفتارها اغلب به‌عنوان راهبردی ناسازگارانه برای تنظیم هیجانات شدید و تحمل‌ناپذیر به کار می‌روند [5]. فرد با ایجاد درد فیزیکی، تلاش می‌کند تا از پریشانی هیجانی فرار کند. این چرخه می‌تواند به الگوی رفتاری تکرارشونده و اعتیادگونه تبدیل شود که برای سلامت جسمی و روانی فرد پیامدهای جدی دارد [6]. رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان با جنسیت زن، عزت‌نفس (Self-esteem) کم در دختران، مصرف غیرقانونی مواد مخدر، قلدری و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین مرتبط است [7].

بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان سبب می‌شود تا آنان با آشفتگی روان‌شناختی (Psychological distress) مواجه شوند [8]. این روند باعث می‌شود تا به‌مرور، تحمل پریشانی (distress tolerance) آنان نیز کاهش یابد [9]، درحالی‌که نوجوانان با رفتارهای خودآسیب‌رسان به شکل طبیعی قدرت تحمل پریشانی کمی دارند و به‌هنگام بروز چالش‌های خانوادگی و محیطی دست به خودآسیبی می‌زنند [10]. تحمل پریشانی مربوط به توان بررسی و کسب آگاهی از وضعیت فعلی هیجانات و نگرش‌ها در موقعیت، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هرگونه عامل محیطی اشاره دارد که سبب‌ساز این پریشانی است [11]. افراد با تحمل کم پریشانی، در تلاشی غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند [12] و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند رفتارهای پرخطر و آسیب‌رسان، درصدد تسکین هیجانی خود برمی‌آیند [13]. ازاین‌رو، نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که بین تحمل پریشانی با رفتارهای خودآسیب‌رسان ارتباط وجود دارد [14].

این موضوع که چرا برخی از نوجوانان برای کنترل هیجانات خود دست به خودآسیب‌رسانی می‌زنند دقیقاً مشخص نیست، اما نقش نقایص خودتنظیمی هیجانی در آغاز و استمرار رفتارهای خود آسیب‌رسان تأیید شده است [15]. نقص در خودتنظیمی هیجانی و بروز بدتنظیمی هیجانی، سبب می‌شود نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان از راهبردهای ناسازگارانه در واکنش به تجارب و حالات هیجانی استفاده کنند [16]. تحقیقات وانگ و همکاران [17] نشان می‌دهد که نقص در خودتنظیمی هیجانی با افزایش خطر خود آسیب‌رسانی ارتباط معناداری دارند. همچنین Sorgi و همکاران [18] دریافتند که مشکلات در خودتنظیمی هیجانی با خودزنی درحال‌حاضر و خودزنی با سابقهٔ طولانی ارتباط زیادی دارد [19]. خودتنظیمی به افراد این توانمندی را می‌دهد تا رفتار و اقدامات خود را کنترل و عملکرد خود را در صورت لزوم برای رسیدن به اهداف تعیین‌شده تنظیم کنند [20]. راهبردهای خودتنظیمی هیجانی نه‌تنها شدت و فراوانی حالت‌های هیجانی را کاهش می‌دهد، بلکه باعث ایجاد و حفظ هیجان‌ها نیز می‌شود. بنابراین، فرایندهای خودتنظیمی هیجانی نه‌تنها بر هیجان‌های منفی، بلکه بر هیجان‌های مثبت نیز متمرکز است [21].

در میان درمان‌های مطرح‌شده، یکی از درمان‌های مؤثر برای نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مهارت‌های تحمل پریشانی، رفتاردرمانی دیالکتیک (Dialectical Behavioral Therapy) است که کارایی آن در بهبود مولفه‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی در پژوهش‌های عاشوری و همکاران [22]؛ عقیلی، کلته و بابایی [23]؛ پهلوان، رمضانی و رسولی [24]؛ Delaquis و همکاران [25]؛ Ip و همکاران [26]؛ Liu، Ye و Chen [27]؛ Harris و همکاران [28]؛ Barnett و همکاران [29]؛ Decker و همکاران [30] و Vonderlin و همکاران [31] تأیید شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اصول درمان شناختی‌رفتاری (Cognitive-behavioral therapy) مبتنی است، اما بر پذیرش، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات نیز تأکید می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله با هیجانات دشوار و ناپایدار را کسب و در نتیجه، از رفتارهای خودآسیب‌رسان اجتناب کنند [26]. این درمان چهار مؤلفهٔ مداخله‌ای را در شیوهٔ درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر نهادین و تحمل پریشانی به‌عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر [27]. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش توانمندی‌ها و برانگیختن درمانگر از طریق فراهم‌آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش خود درمانگر برای ادامهٔ کار با مراجع به‌شکلی مؤثر و سالم با رشد دائمی مهارت‌های کنترل استرس و خستگی و شناسایی تلاش‌های مراجع برای شکل‌دهی یا تعدیل رفتار تأکید می‌کند [30].

در میان درمان‌های مطرح‌شده، یکی از درمان‌های مؤثر برای نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در خودتنظیمی هیجان می‌تواند درمان هیجان‌مدار (Emotion-focused therapy) باشد. درحالی‌که نتایج پژوهش غلامی و همکاران [32]، رزاقی و همکاران [33]، کبریت‌چی و همکاران [34]، ایزدی و همکاران [35]، Welch، Lachmar و Wittenborn [36]، Watson و Sharbanee [37]، Coccaro و همکاران [38]، Warwar و Greenberg [39]، Greenman، Campbell و Allan [40]، Almeida، Silva و Cunha [41] و Goldstein و همکاران [42] نشانهٔ کارایی درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

رویکرد درمانی است که بر تنظیم و مدیریت هیجانات تمرکز دارد و بر این اساس استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی در پردازش ناکارآمد هیجانات ریشه دارند [38]. در این رویکرد، درمانگر به افراد کمک می‌کند تا هیجانات خود را شناسایی، پذیرش و تنظیم کنند [33]. در درمان هیجان‌مدار، پردازش طرحواره‌های هیجانی، از قبیل عوامل شناختی‌رفتاری و هیجانی، هدف درمانی قرار می‌گیرد. این درمان، بیماران را به مشاهده و توصیف هیجاناتشان در یک محیط غیرقضاوتی تشویق می‌کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین‌فردی تأکید دارد [40]. این رویکرد ازاین‌رو درمان هیجان‌مدار نامیده شده است که توجه را به اهمیت بارز هیجان و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی و تجارب مشخص در روابط نزدیک جلب می‌کند [34].

دلیل انتخاب و مقایسهٔ دو مداخلهٔ درمان هیجان‌مدار و رفتاردرمانی دیالکتیک را باید در فلسفهٔ اجرایی و شیوهٔ تأثیر این مداخلات جست‌وجو کرد. درمان هیجان‌مدار با بهره‌گیری از مفاهیم طرحواره‌های هیجانی، کاستن از چرخهٔ هیجانی و شناختی ناسازگار با تشخیص چرخه‌های منفی شکل‌دهنده به رفتار و عمق‌دادن به تجربه‌های هیجانی، به‌ویژه ترس دلبستگی، در تلاش است تا به مراجعان مهارت‌هایی را بیاموزد تا بتوانند به شیوهٔ مؤثر، هیجانات منفی حاکم بر ارتباط درون و بین‌فردی را مدیریت کنند [38]. رفتاردرمانی دیالکتیکی با بهره‌گیری از هوشیاری فراگیر نهادین، تحمل پریشانی، پذیرش، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر، به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله با هیجانات دشوار و ناپایدار را کسب و در نتیجه، از رفتارهای خودآسیب‌رسان اجتناب کنند [26].

دربارهٔ ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون خودکشی به‌صورت معمول در دورهٔ نوجوانی آغاز می‌شود و با مشکلاتی در روابط با اعضای خانواده و هم‌سالان همراه است که این فرایند، ضرورت توجه بالینی به این گروه از افراد جامعه را برجسته می‌کند. بر این اساس، توجه بالینی به این گروه از نوجوانان بسیار ضروری به نظر می‌رسد. هدف این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه و دورهٔ پیگیری دوماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بود که در سال تحصیلی 1403-1404 به مراکز مشاوره نواحی شش‌گانهٔ آموزش‌وپرورش شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. برای نمونه‌گیری، پس از اخذ مجوزهای لازم، به مراکز مشاورهٔ هر شش ناحیه مراجعه شد و فهرست نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده، که احتمال وجود رفتارهای خودآسیب‌رسان در آنان مطرح بود، تهیه شد. سپس افراد با استفاده از ابزار غربالگری پرسش‌نامهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان کلونسکی و گلن (Klonsky and Glenn) (2009)، مصاحبهٔ اولیه و بررسی ملاک‌های ورود و خروج ارزیابی شدند.

از میان افراد واجد شرایط، نمونه‌گیری به شیوهٔ هدفمند و متوالی انجام شد؛ بدین معنا که افراد واجد شرایط به‌ترتیب مراجعه و پس از اخذ رضایت آگاهانه از نوجوان و والد یا سرپرست قانونی، تا رسیدن حجم نمونه به شصت نفر وارد پژوهش شدند. پس از تکمیل ارزیابی پایه، برای گمارش تصادفی آزمودنی‌ها از روش تصادفی‌سازی بلوکی با بلوک‌های شش‌نفره استفاده شد. توالی تخصیص با استفاده از جدول اعداد تصادفی تهیه شد و در هر بلوک، دو نفر به گروه آزمایش اول، دو نفر به گروه آزمایش دوم و دو نفر به گروه گواه اختصاص یافتند. به این ترتیب، هریک از سه گروه شامل بیست نفر بود. سپس دختران نوجوان حاضر در گروه‌های آزمایش، درمان هیجان‌مدار و رفتاردرمانی دیالکتیک را به‌شکل جداگانه در طول ده هفته دریافت کردند. درحالی‌که دختران نوجوان حاضر در گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند.

پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحلهٔ پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا شد. پس از شروع مداخله، یک دختر نوجوان در گروه آزمایش اول، دو دختر نوجوان در گروه آزمایش دوم و سه دختر نوجوان در گروه گواه از ادامهٔ حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس، 54 دختر نوجوان در پژوهش باقی ماندند (19 دختر نوجوان در گروه آزمایش اول، 18 دختر نوجوان در گروه آزمایش دوم و 17 دختر نوجوان در گروه گواه). به‌منظور کاهش سوگیری انتخاب ناشی از نمونه‌گیری هدفمند، معیارهای ورود و خروج پیش از آغاز نمونه‌گیری به‌صورت روشن و عملیاتی تعیین و برای همهٔ داوطلبان به‌طور یکسان اعمال شد. افراد داوطلب به‌ترتیب مراجعه و شناسایی و بدون ترجیح پژوهشگر، با استفاده از چک‌لیست معیارهای ورود و خروج، مصاحبهٔ اولیه و ابزارهای استاندارد غربالگری شدند. تمام افراد واجد شرایط تا زمان تکمیل حجم نمونه وارد مطالعه شدند و دلایل واردنشدن یا خروج افراد ثبت شد.

پس از تکمیل غربالگری و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان واجد شرایط به‌صورت تصادفی در گروه‌های پژوهش تخصیص یافتند. همچنین، برای بررسی موفقیت تخصیص و احتمال وجود تفاوت‌های اولیه، گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمرات پیش‌آزمون مقایسه شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمرهٔ بالاتر از 22 در پرسش‌نامهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان، جنسیت دختر، داشتن سن 15 تا 18 سال، رضایت نوجوان برای شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پروندهٔ سلامت و مشاوره‌ای آنان) و دریافت‌نکردن مداخلهٔ روان‌شناختی هم‌زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

جلسه غیبت، همکاری‌نکردن و انجام‌ندادن تکالیف مشخص‌شده در جلسات درمانی، تمایل‌نداشتن به ادامهٔ حضور در فرایند انجام پژوهش و وقوع حادثهٔ پیش‌بینی‌نشدهٔ مؤثر بود.

پروتکل مداخله‌ای درمان هیجان‌مدار برگرفته از پروتکل Watson و Sharbanee [37] است که در پژوهش جباری و عقیلی [43] برای نوجوانان دختر استفاده و کارایی آن تأیید شده است. همچنین، پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک مربوط به Frazier و Vela [44] است که در پژوهش آذرفر، مکوندحسینی و صباحی [45] برای نوجوانان استفاده و کارایی آن تأیید شده است (جدول‌های ۱ و ۲). در این تحقیق، برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk test) برای بررسی نرمال‌بودن توزیع متغیرها (حد بهینهٔ بیشتر از 0/05)، از آزمون لوین (Levine test) برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) و برای بررسی فرضیهٔ کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز موچلی (Mauchly's Test) (حد بهینهٔ بیشتر از 0/05) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته (Mixed variance analysis) و آزمون تعقیبی بون‌فرونی (Bonferroni follow-up test) استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه‌وتحلیل شد.

پرسش‌نامهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان را Klonsky و Glenn در سال ۲۰۰۹ ساخته‌اند: 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 انگیزهٔ درون فردی (Intrapersonal motivation) و بین فردی (Interpersonal motivation) را می‌سنجد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای «مرتبط نیست» (۰)، «تا حدودی مرتبط است» (۱) و «کاملاً مرتبط است» (۲) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره‌ای که هر آزمودنی در هر پرسش‌نامه به دست می‌آورد، 0 و 44 است. کسب نمرات بالاتر از 22 نشان‌دهندهٔ وجود رفتارهای خودآسیب‌رسان در فرد است [46]. کلونسکی و همکاران [47] آلفای کرونباخ پرسش‌نامهٔ 0/83 و ضریب اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه را در طول یک سال 0/76 گزارش کردند. در ایران، یاسینی و همکاران [48] ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان را از طریق آلفای کرونباخ 0/82 گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/89 محاسبه شد.

پرسش‌نامهٔ خودتنظیمی هیجانی را Gross و John در سال 2003 تهیه کردند و 10 سؤال دارد. آزمودنی به هریک از سؤالات این پرسش‌نامه در مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمرهٔ ۱) تا کاملاً موافق (نمره 7) پاسخ می‌دهد. دامنهٔ نمرات این مقیاس از 10 تا 70 است. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ خودتنظیمی هیجانی بیشتر در فرد است. ضریب همسانی درونی سؤالات این پرسش‌نامه برای مردان 0/72 و برای زنان 0/79 به دست آمده است. همچنین، سازندگان، روایی سازه این پرسش‌نامه را مطلوب و به میزان 0/92 گزارش کرده‌اند [49]. سلیمانی و حبیبی [50] در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه 0/81 و میزان روایی محتوایی را 0/87 گزارش کردند. پایایی پرسش‌نامه در پژوهش اصلی‌آزاد، منشئی و قمرانی [51] 0/76 محاسبه شد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/73 اندازه‌گیری شد.

پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی را Simons و Gaher (2005) تهیه کرده‌اند. این پرسش‌نامه شامل پانزده پرسش است که براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند (نمرهٔ ۱ تا 5). کمترین نمره در این پرسش‌نامه 15 و بیشترین نمره 75 است. نمره‌های بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ قدرت تحمل زیاد پریشانی است. در پژوهش Simons و Gaher [52] ضرایب آلفای کرونباخ در جهت بررسی پایایی پرسش‌نامه 0/82 گزارش شد. هم‌بستگی گویه‌های این پرسش‌نامه با نمرهٔ کل پرسش‌نامه، 0/61 بود. همچنین، مشخص شده که این پرسش‌نامه روایی ملاکی و همگرای اولیهٔ خوبی دارد. این مقیاس با پذیرش خلق رابطهٔ مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود، رابطهٔ منفی دارد. در پژوهش اسماعیلی‌نسب و همکاران [53] آلفای کرونباخ کل مقیاس 0/86 به دست آمد. همچنین میزان روایی سازه پرسش‌نامه نیز در پژوهش بالازاده و همکاران [54] 0/73 محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/83 به دست آمد.

جدول 1. خلاصهٔ جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک Frazier و Vela [44]، به نقل از آذرفر، مکوندحسینی و صباحی [45]

جلسه	شرح جلسه
جلسهٔ اول	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن‌ها، ایجادکردن احساس راحتی اعضا با هم در رابطه با ابرازکردن احساسات، توضیح دربارهٔ نحوهٔ کار گروه، رازداری، حضور مرتب در جلسات، تعداد جلسات، مدت‌زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان‌کردن مشکلات خود.
جلسهٔ دوم	آموزش تکنیک درک هیجان در روابط، اجزای آن و تأثیراتش که شامل هیجان چطور عمل می‌کند، آسیب‌پذیری در برابر تجربه‌های هیجانی منفی، واکنشی‌بودن، زمان رسیدن به تعادل. سؤال دربارهٔ اینکه چرا باید این مهارت را بیاموزیم، دیدگاه‌های درست دربارهٔ هیجان‌ها کدام‌اند، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه و اینکه همهٔ هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند. مهارت‌های تنظیم هیجانات به افراد کمک می‌کند تا با هیجان‌های اولیه و ثانویه به شیوه‌های مؤثرتری کنار بیایند و از رنج روزافزون اجتناب کنند؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

جلسهٔ سوم	نام‌گذاری هیجان‌ها و تحلیل عملکردی، مباحثه دربارهٔ تفاسیری که هر فرد راجع‌به هیجان‌هایش دارد (اسطوره‌ها)، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه دربارهٔ تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها. آموزش تکنیک پذیرش خود و فرزند که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی و توجه آگاهانه به خود، خود هیجانی، خود منطقی و وجود خشم در روابط است؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ چهارم	مشاهده و توصیف هیجان‌ها، نقش خودگویی‌های مثبت دربارهٔ هیجان‌ها و اینکه بر موانع هیجان‌های سالم غلبه کنید. اگر افراد رفتارهای سالم‌تری بروز دهند و افکار خودتأییدگرایانه بیشتری داشته باشند، باعث می‌شود تجارب هیجانی رضایت‌بخش‌تری برای آن‌ها پیش بیاید. آموزش تکنیک چگونگی توقف اوضاع وخیم، که شامل تعهد برای کارآمدشدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زیان‌بار می‌شود؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ پنجم	آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری جسمانی (برنامه‌ریزی برای خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با افکار آشفته‌کننده، تغذیهٔ کافی، ورزش‌کردن). عادت‌های صحیح بخش مهمی از مدیریت حالت تغییرات، افسردگی، خشم، کج‌خلقی یا زودرنجی هستند. آموزش تکنیک درکنارهم‌بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی‌شدن و شرطی‌سازی مجدد، شرطی‌سازی با جعبه و آلبوم می‌شود؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ ششم	اتخاذ تصمیماتی در جهت مهارت کاهش آسیب‌پذیری شناختی (دوری از ذهن هیجانی و تعادل‌آفرینی بین افکار و احساسات). آموزش مهارت حل مسئله، مهارت حل مسئله این توانایی را به افراد می‌دهد که با توجه به تجارب عملی و توانمندی‌های ذهنی خود، بتوانند در جهت حل مسئله یا مشکل قدم بردارند و به نتیجه مطلوب دست یابند. آموزش تکنیک فعال‌سازی مجدد روابط که شامل راه‌های مختلف باهم‌بودن، موقعیت‌های دارای تعارض و موقعیت‌های لذت‌بخش می‌شود؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ هفتم	آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش؛ آموزش تکنیک ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته‌ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم‌انگاری خواسته‌ها و بیش‌انگاری خواسته‌ها می‌شود؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ هشتم	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی؛ عمل مخالف درخصوص ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی؛ برعکس تمایل‌های هیجانی‌تان عمل کنید. ذهن خود را از حس جاری و کنونی پر کنید. آموزش تکنیک مدیریت حل مسائل و راه‌حل‌های گفت‌وگوکردن که شامل مدیریت مسئله در مقابل حل مسئله، تعیین مسئله و تجزیه‌وتحلیل مسئله می‌شود؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ نهم	جلسهٔ اول آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی: راهبردهای پرت‌کردن حواس، ارتقای لحظهٔ جاری، خودآرام‌بخشی با استفاده از حواس پنج‌گانه، تکنیک سود و زیان. اکثر افراد ترجیح می‌دهند هیجان‌های دردناک را تجربه نکنند. بنابراین آن را نادیده می‌گیرند و نمی‌توانند تحمل کنند، پس رفتارهای غیرانطباقی نشان می‌دهند. درمانگر به فرد کمک می‌کند تا هیجان دردناک را تجربه کند و بتواند آن را تحمل کند؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ دهم	جلسهٔ دوم آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی: تعریف پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این مهارت، آموزش تغییر شیوه‌های تفکر، ایجاد انگیزه (اراده) برای عمل متعهدانه.

جدول 2. خلاصهٔ جلسات درمان هیجان‌مدار Watson و Sharbanee [37]؛ به نقل از جباری و عقیلی [43]

جلسه	شرح جلسه
جلسهٔ اول	**آشنایی و ایجاد اعتماد**: در این جلسه، درمانگر با نوجوان آشنا می‌شود و فضایی امن و غیرقضاوتی ایجاد می‌کند. دربارهٔ اهداف درمان و ماهیت رفتارهای خودآسیب‌رسان گفت‌وگو می‌شود. اصول اولیهٔ درمان هیجان‌مدار شامل شناسایی، نام‌گذاری و پذیرش هیجانات به‌عنوان سرنخ‌هایی مهم معرفی می‌شود. همچنین، قرارداد درمانی برای ایمنی و همکاری تنظیم می‌شود.
جلسهٔ دوم	**آموزش هیجانات پایه و ایجاد آگاهی هیجانی**: تمرکز بر آموزش هیجانات اصلی (غم، ترس، خشم، شادی، انزجار و تعجب) و نقش عملکردی آن‌هاست. مراجع تشویق می‌شود هیجانات خود را به‌جای قضاوت، با کنجکاوی مشاهده کند. از طریق مثال‌ها و تمرین‌هایی مانند «دفترچهٔ یادداشت هیجانی»، توانایی شناسایی و توصیف هیجانات درونی تقویت می‌شود. این آگاهی، سنگ‌بنای تنظیم هیجانی است.
جلسهٔ سوم	**شناسایی و پردازش هیجانات اولیه و ثانویه**: تفاوت بین هیجانات ثانویه، مانند خشم که پوشانندهٔ رنج است، و هیجانات اولیه، مانند غم یا ترس زیرین، آموزش داده می‌شود. مراجع یاد می‌گیرد چگونه در پشت رفتارهای خودآسیب‌رسان و هیجانات قوی لحظه‌ای، به هیجانات آسیب‌پذیرتر و اصلی‌تر دست یابد. هدف، ایجاد ارتباط بین رفتار، هیجانات ثانویه و نیازهای برآورده‌نشده است.
جلسهٔ چهارم	**تحمل هیجانات دشوار و کاهش اجتناب**: مفهوم تحمل پریشانی و نقش رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌عنوان راهکاری برای فرار از هیجانات طاقت‌فرسا بررسی می‌شود. تکنیک‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی مانند مشاهدهٔ بدون قضاوت و سواری بر موج هیجان آموزش داده می‌شوند تا نوجوان بیاموزد هیجانات شدید، موقتی و قابل تحمل هستند و برای خاموش‌کردن آن‌ها نیازی به عمل فوری نیست.
جلسهٔ پنجم	**ارتباط با هیجانات به‌عنوان منبع اطلاعات**: در این جلسه، بر این موضوع تمرکز می‌شود که هر هیجان، حاوی پیام مهمی دربارهٔ نیازها، ارزش‌ها یا مرزهای فرد است. مراجع تشویق می‌شود به‌جای ترس یا سرکوب، به هیجانات خود گوش دهد و از آن‌ها سؤال کند: این احساس

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

	چه چیزی به من می‌گوید؟ این کار به بازسازی رابطه مثبت با هیجانات و کاهش نیاز به خودآسیبی به‌عنوان وسیله‌ای برای ارتباط کمک می‌کند.
جلسهٔ ششم	**دگرگونی هیجانات با استفاده از تجسم و بازسازی شناختی‌هیجانی**: از تکنیک‌های تجسم خلاق (مانند صحبت با بخش آسیب‌پذیر خود یا تغییر نماد هیجان در ذهن) استفاده می‌شود. هدف، کمک به مراجع برای ایجاد فاصلهٔ امن با هیجان شدید و بازنویسی روایت هیجانی مرتبط با پریشانی است. این فرایند، امکان تغییر الگوهای هیجانی کهنه و خلق پاسخ‌های جدید و انعطاف‌پذیرتر را فراهم می‌آورد.
جلسهٔ هفتم	**پرورش شفقت به خود و کاهش انتقاد درونی:** دربارهٔ پیوند بین انتقاد درونی شدید، احساس شرم و رفتارهای خودآسیب‌رسان کاوش می‌شود. مفهوم شفقت به خود معرفی و تمرین می‌شود. مراجع می‌آموزد در مواجهه با درد هیجانی، به‌جای قضاوت و طرد خود، با مهربانی و درک با خود رفتار کند. این جلسهٔ جایگزین‌سازی پاسخ‌های خشم‌آلود به خود را با پاسخ‌های حامیانه تقویت می‌کند.
جلسهٔ هشتم	**شناسایی و بیان نیازهای هیجانی**: پس از شناسایی هیجانات اولیه، تمرکز بر کشف نیازهای اساسی مرتبط با آن هیجانات است (مثلاً نیاز به امنیت، دیده‌شدن، خودمختاری یا آرامش). مراجع مهارت‌های ارتباطی قاطعانه و غیرتهدیدآمیز برای بیان این نیازها به خود و دیگران را تمرین می‌کند. هدف، ایجاد راه‌های سالم‌تر برای پاسخ به نیازها، به‌جای استفاده از خودآسیبی است.
جلسهٔ نهم	**برنامه‌ریزی برای پاسخ‌های جایگزین و خودتنظیمی**: در این جلسه، مراجع و درمانگر با هم فهرستی از راهبردهای سالم و شخصی‌سازی‌شده برای مقابله با لحظات پریشانی شدید ایجاد می‌کنند (مانند تکنیک‌های حسی، بیان خلاقانه، ارتباط‌گرفتن با یک فرد مطمئن یا استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی). این راهبردها به‌عنوان جعبهٔ ابزار خودتنظیمی تمرین و تقویت می‌شوند.
جلسه دهم	**جمع‌بندی، تثبیت و پیشگیری از عود**: مرور دستاوردهای درمان، بازتعریف مسیر هیجانی طی‌شده و شناسایی نشانه‌های اولیهٔ خطر عود انجام می‌شود. برنامه‌ای برای تداوم تمرین مهارت‌ها و چگونگی برخورد با چالش‌های آینده تنظیم می‌شود. بر رشد شخصی و قدرت‌های کسب‌شده تأکید می‌شود و رابطهٔ درمانی به‌شکلی امیدوارکننده و با تأکید بر استقلال مراجع به پایان می‌رسد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سن دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار 16/13، در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک 17/74 و در گروه گواه 16/65 سال بوده است. نتایج تحلیل واریانس بیانگر آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشت و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. میانگین و انحراف استاندارد تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3. میانگین و انحراف استاندارد تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی	گروه درمان هیجان‌مدار	31/89	3/82	43	7/08	42/15	7/04
	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	33	4/43	43/88	7/52	43/66	6/75
	گروه گواه	31/47	2/85	31/94	1/51	31/76	2/07
خودتنظیمی هیجانی	گروه درمان هیجان‌مدار	36/15	8/18	48/73	12/99	46/15	12/27
	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	32/38	5/81	42/77	8/18	40/88	7/32
	گروه گواه	31/94	6/64	30/64	6/97	31/29	6/46

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره 3 حاکی از آن است که میزان تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان، که در گروه‌های آزمایش حضور داشته‌اند، در اثر دریافت رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی بررسی می‌شود. قبل از ارائهٔ نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک آزموده شد. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در تحمل پریشانی (P=0/55؛ F=0/94) و خودتنظیمی هیجانی (P=0/36؛ F=0/92) برقرار است. همچنین، پیش‌فرض همگنی واریانس نیز با آزمون لوین سنجیده شد که یافتهٔ مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در تحمل پریشانی (P=0/32؛ F=0/93) و خودتنظیمی هیجانی (P=0/24؛ F=0/84) رعایت شده است. درحالی‌که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در تحمل پریشانی (P=0/26؛ Mauchlys W=0/93) و خودتنظیمی هیجانی (P=0/34؛ Mauchlys W=0/95) رعایت شده است.

نتایج حاصل جدول 4 بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری) توانسته است اثر معناداری در نمرات تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته باشد و به‌ترتیب 65 و 60 درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی را تبیین می‌کند. علاوه‌بر این، عامل عضویت گروهی (رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار) یا نوع درمان دریافتی هم در تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر معنادار داشته و به‌ترتیب 45 و 49 درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی، نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار) در مراحل مختلف ارزیابی هم در تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر معنادار دارد و به‌ترتیب، 45 و 51 درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. برای بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری 100 درصدی نشانهٔ آن بود که دقت آماری و کافی‌بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. جدول 5 نشان‌دهندهٔ تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته براساس مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بون‌فرونی است.

جدول 4. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی متغیرهای تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی

		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازهٔ اثر	توان آزمون
تحمل پریشانی (هیجان‌مدار)	مراحل	737/20	2	368/60	41/81	0/0001	0/55	1
	گروه‌بندی	1431/26	1	1431/26	28/64	0/0001	0/46	1
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	636/79	2	318/39	36/12	0/0001	0/51	1
	خطا	599/41	68	8/81				
تحمل پریشانی (رفتاردرمانی دیالیکتیک)	مراحل	726/63	2	363/31	46/74	0/0001	0/58	1
	گروه‌بندی	1877/08	1	1877/08	34/47	0/0001	0/51	1
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	629/87	2	314/93	40/51	0/0001	0/55	1
	خطا	513/04	66	7/77				
خودتنظیمی هیجانی (درمان هیجان‌مدار)	مراحل	653/64	2	326/82	35/49	0/0001	0/51	1
	گروه‌بندی	4132/09	1	4132/09	26/55	0/0001	0/47	1
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	945/76	2	472/88	51/35	0/0001	0/60	1
	خطا	626/18	68	9/21				
خودتنظیمی هیجانی (رفتاردرمانی دیالیکتیک)	مراحل	360/85	2	180/42	24/50	0/0001	0/42	1
	گروه‌بندی	1265/67	1	1265/67	11/30	0/002	0/26	0/94
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	579/59	2	289/79	39/35	0/0001	0/53	1
	خطا	486/06	66	7/36				

جدول 5. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته براساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحلهٔ مبنا (میانگین)	مرحلهٔ مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-7/48	0/73	0/0001
		پیگیری	-7/07	0/67	0/0001
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	7/48	0/73	0/0001
		پیگیری	0/41	0/32	0/61
خودتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-7/22	0/79	0/0001
		پیگیری	-5/95	0/68	0/0001
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	7/22	0/79	0/0001
		پیگیری	1/27	0/77	0/13

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بون‌فرونی در جدول 5 حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (تحمل پریشانی و

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

خودتنظیمی هیجانی) در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحلهٔ پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخلات به‌کارگرفته‌شده در این پژوهش (رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار) میانگین نمرات متغیرهای وابستهٔ پژوهش (تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی) را در دو مرحلهٔ پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) در مقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش معنادار داده است، اما این تغییرات در مقایسهٔ مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد؛ چراکه اثر مداخله توانسته است ماندگار باشد. در ادامه، به مقایسهٔ اثر درمان هیجان‌مدار و رفتاردرمانی دیالکتیک پرداخته می‌شود. بر این اساس، در جدول 6 مقایسهٔ زوجی میانگین نمرات تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی شرکت‌کنندگان برحسب گروه‌های پژوهش با استفاده از آزمون تعقیبی بون‌فرونی ارائه می‌شود.

همان‌گونه که نتایج جدول 6 نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر تحمل پریشانی گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار با گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک معنادار نیست و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان هیجان‌مدار و رفتاردرمانی دیالکتیک بر متغیر تحمل پریشانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان تفاوت معنادار وجود ندارد، اما تفاوت بین میانگین نمرات خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار با گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک معنادار است و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان هیجان‌مدار و رفتاردرمانی دیالکتیک در متغیر خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان تفاوت معنادار وجود دارد. بدین صورت که درمان هیجان‌مدار در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک، به میزان بیشتری خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان را افزایش داده است.

جدول 6. بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو (آزمون تعقیبی بون‌فرونی) برای مقایسهٔ اثر گروه‌های آزمایش (درمان هیجان‌مدار و رفتاردرمانی دیالکتیک) در متغیر تحمل پریشانی

متغیر	گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
تحمل پریشانی	گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار	گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک	-1/16	1/54	0/29
		گروه گواه	7/29	1/56	0/0001
	گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک	گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار	1/16	1/54	0/29
		گروه گواه	8/46	1/58	0/0001
خودتنظیمی هیجانی	گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار	گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک	4/99	1/75	0/01
		گروه گواه	12/39	1/79	0/0001
	گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک	گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار	-4/99	1/75	0/01
		گروه گواه	7/39	1/82	0/001

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد هر دو مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار در بهبود تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان اثربخش بوده‌اند. بااین‌حال، درمان هیجان‌مدار در بهبود خودتنظیمی هیجانی اثربخشی بیشتری نشان داد. این یافته با نتایج پژوهش عاشوری و همکاران [22]، Barnett و همکاران [29]، Decker و همکاران [30] و Vonderlin و همکاران [31] همسو بود.

این الگو از نتایج را می‌توان با توجه به تفاوت در سطح و نحوهٔ اثرگذاری دو رویکرد تبیین کرد. رفتاردرمانی دیالکتیک عمدتاً بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش آگاهی لحظه‌ای، تحمل هیجان‌های شدید و کاهش پاسخ‌های تکانشی تمرکز دارد، درحالی‌که درمان هیجان‌مدار مستقیماً به پردازش هیجان‌های اولیه، بازسازی تجربهٔ عاطفی و اصلاح الگوهای هیجانی ناکارآمد می‌پردازد. ازاین‌رو، هر دو درمان می‌توانند به کاهش آشفتگی هیجانی منجر شوند، اما مسیر این تغییر در آن‌ها متفاوت است. درخصوص اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تحمل پریشانی، این مداخله با آموزش نظام‌مند مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی، به نوجوان کمک می‌کند در مواجهه با هیجان‌های شدید، به‌جای واکنش‌های فوری و خودآسیب‌رسان، از راهبردهای سازگارانه استفاده کند [30، 31]. از منظر نظری، بسیاری از نوجوانان دارای سابقه خودآسیبی، پریشانی هیجانی را تجربه‌ای تهدیدکننده و تحمل‌ناپذیر تلقی می‌کنند. در نتیجه، برای رهایی سریع از تنش به رفتارهای آسیب‌زا متوسل می‌شوند [54]. رفتاردرمانی دیالکتیک این چرخه را از طریق افزایش پذیرش هیجان و کاهش اجتناب تجربی مختل می‌کند. بنابراین، بهبود تحمل پریشانی در این درمان را باید حاصلِ افزایش ظرفیت نوجوان برای ماندن در وضعیت برانگیختگی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

هیجانی، بدون توسل به رفتارهای تکانشی دانست. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین نیز همسو است و نشان می‌دهد که مهارت‌آموزی ساختاریافته در این رویکرد می‌تواند برای نوجوانان دارای آسیب‌پذیری هیجانی، به‌ویژه در موقعیت‌های تنش‌زا، کارکرد درمانی معناداری داشته باشد.

یافتهٔ دوم مبنی‌بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان، با نتایج پژوهش عقیلی و همکاران [23]، پهلوان و همکاران [24]، Delaquis و همکاران [25]، Ip و همکاران [26]، Liu، Ye و Chen [27]، Harris و همکاران [28] همسو بود. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودتنظیمی هیجانی، نیز قابل تبیین در چارچوب همین منطق درمانی است. براساس مدل زیستی‌اجتماعی، بی‌اعتباری هیجانی و تجربه‌های عاطفی ناپایدار در محیط رشد، زمینه‌ساز دشواری در تنظیم هیجان می‌شوند [4]. رفتاردرمانی دیالکتیک با تأکید بر مشاهدهٔ بدون قضاوت تجربهٔ درونی، شناسایی محرک‌های هیجانی و انتخاب پاسخ‌های هدفمند، به نوجوان کمک می‌کند از واکنش‌گری هیجانی فاصله بگیرد [23-28]. در واقع، این رویکرد ابتدا آگاهی هیجانی را افزایش می‌دهد و سپس از طریق آموزش مهارت‌های رفتاری، امکان مدیریت مؤثر هیجان را فراهم می‌کند. بنابراین، بهبود خودتنظیمی هیجانی در این درمان را می‌توان حاصلِ کاهش تکانشوری، افزایش کنترل شناختی و ارتقای توانایی فرد در انتخاب پاسخ‌های سازگارانه دانست. به بیان دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیک بیش از آنکه هیجان را سرکوب کند، به فرد می‌آموزد چگونه هیجان را بدون غرق‌شدن در آن تحمل و هدایت کند.

سومین یافتهٔ مطالعهٔ حاضر مبنی‌بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان با نتایج پژوهش کبریت‌چی و همکاران [36]، Watson و Sharbanee [37] و Almeida و همکاران [41] همسویی داشت. این یافته را می‌توان با این فرض تبیین کرد که بخش مهمی از رفتارهای خودآسیب‌رسان، پاسخی برای فرار از هیجان‌های اولیه دردناک، مانند شرم، ترس از طردشدگی، خشم یا اندوه حل‌نشده، هستند. درمان هیجان‌مدار با ایجاد رابطه‌ای امن، هم‌دلانه و پذیرنده، شرایطی فراهم می‌کند که نوجوان بتواند این هیجان‌ها را به‌جای اجتناب یا تخلیهٔ آسیب‌زا، تجربه، شناسایی و بازپردازش کند. در این رویکرد، هیجان نه تهدید، بلکه منبعی برای فهم نیازهای برآورده‌نشده و سازمان‌دهی تجربهٔ درونی تلقی می‌شود. ازاین‌رو، هنگامی که نوجوان یاد می‌گیرد هیجان‌های خود را نام‌گذاری کند، معنا دهد و به‌صورت ایمن تجربه کند، آستانهٔ تحمل او در برابر پریشانی افزایش می‌یابد. در نتیجه، درمان هیجان‌مدار از طریق کاهش ابهام هیجانی، افزایش پذیرش عاطفی و فراهم‌کردن امکان پردازش هیجان‌های سرکوب‌شده، به بهبود تحمل پریشانی منجر می‌شود.

یافتهٔ چهارم مبنی‌بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودتنظیمی هیجانی نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان، با نتایج پژوهش رزاقی و همکاران [33] همسو بود؛ این نتیجه را می‌توان ناشی از آن دانست که خودتنظیمی هیجانی صرفاً به کنترل بیرونی رفتار محدود نمی‌شود، بلکه مستلزم آگاهی از تجربهٔ هیجانی، پذیرش آن و بازسازمان‌دهی هیجان‌های حل‌نشده است. درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر رابطهٔ درمانی ایمن و بازپردازش تجربه‌های هیجانی دردناک، به نوجوان کمک می‌کند الگوهای هیجانی ناسازگار را شناسایی و دگرگون کند [42]. در این چهارچوب، نوجوان به‌تدریج می‌آموزد هیجان‌های منفی را نه به‌عنوان تهدیدکننده و تحمل‌ناپذیر، بلکه به‌عنوان پیام‌هایی دربارهٔ نیازها، تعارض‌ها و آسیب‌های درونی خود ببیند. این تغییر در معناپردازی هیجان، زمینه را برای افزایش انسجام درونی، کاهش آشفتگی عاطفی و شکل‌گیری پاسخ‌های تنظیم‌شده‌تر فراهم می‌کند. از این منظر، درمان هیجان‌مدار با کاهش اجتناب هیجانی و تسهیل پردازش عمیق‌تر هیجان‌ها، ظرفیت خودتنظیمی را در نوجوان تقویت می‌کند.

یافتهٔ نهایی نشان داد درمان هیجان‌مدار در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک در خودتنظیمی هیجانی دختران نوجوان با سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر بیشتری داشته است.

برتری درمان هیجان‌مدار در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود خودتنظیمی هیجانی را می‌توان به تفاوت در سطح مداخله نسبت داد. رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر بر آموزش مهارت‌ها و مدیریت پیامدهای هیجان تمرکز دارد، درحالی‌که درمان هیجان‌مدار مستقیماً به بازسازی سازمان هیجانی و اصلاح تجربه‌های عاطفی بنیادین می‌پردازد [37، 40، 45]. در نوجوانانی که سابقهٔ خودآسیبی دارند، مشکل اصلی غالباً فقط ناتوانی در کنترل رفتار نیست، بلکه وجود هیجان‌های اولیه حل‌نشده و الگوهای عاطفی آشفته‌ای است که به‌صورت مکرر فعال می‌شوند. درمان هیجان‌مدار با فراهم‌کردن فضای امن برای تجربه و پردازش این هیجان‌ها، امکان تغییر عمیق‌تری در ساختار تنظیم هیجان ایجاد می‌کند. به همین دلیل، خودتنظیمی هیجانی در این رویکرد نه‌صرفاً به‌عنوان مهارت اکتسابی، بلکه به‌مثابهٔ محصول بازسازی تجربهٔ هیجانی و افزایش انسجام عاطفی شکل می‌گیرد.

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو درمان برای نوجوانان دارای سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌رسان مفیدند، اما درمان هیجان‌مدار به‌دلیل تمرکز مستقیم بر پردازش هیجان‌های اولیه، بازسازی تجربهٔ عاطفی و کاهش اجتناب هیجانی، در ارتقای خودتنظیمی هیجانی اثربخشی بیشتری دارد. در مقابل، رفتاردرمانی دیالکتیک با ارائهٔ مهارت‌های عملی و فوری، بیشتر در سطح مدیریت بحران و کاهش واکنش‌های تکانشی عمل می‌کند. بنابراین، می‌توان گفت انتخاب میان این دو رویکرد باید براساس هدف درمان، شدت آشفتگی هیجانی و نیاز نوجوان به مهارت‌آموزی یا پردازش عمیق هیجان‌ها صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

یافته‌های این پژوهش، فراتر از تأیید اثربخشی دو مداخله، بر اهمیت محوری فرایندهای هیجانی در تبیین و مداخله بر رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان دلالت دارد؛ به‌گونه‌ای که به نظر می‌رسد ضعف در تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی، نه‌فقط از پیامدهای آشفتگی روان‌شناختی، بلکه از عوامل تداوم‌بخش رفتارهای آسیب‌زا در این گروه باشد. از این منظر، ارزش افزودهٔ پژوهش حاضر در برجسته‌کردن این نکته است که مداخلات مؤثر در حوزه خودآسیبی باید به‌جای تمرکز صرف بر مهار نشانه‌ها، به ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، افزایش ظرفیت تحمل حالات عاطفی دردناک و اصلاح شیوهٔ مواجهه نوجوان با تجربه‌های هیجانی بپردازند. بر همین اساس، بهره‌گیری از مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان هیجان‌مدار در مدارس و مراکز مشاوره، به‌ویژه در قالب برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات زودهنگام، می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و پیشگیری از تشدید رفتارهای خودآسیب‌رسان منجر شود. همچنین، با توجه به محدودبودن جامعهٔ پژوهش به دختران نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش‌وپرورش شهر اصفهان و نیز اثرپذیری این متغیرها از عوامل خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های متنوع‌تر، در بافت‌های فرهنگی مختلف، با کنترل متغیرهای زمینه‌ای و همراه با دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت انجام شوند تا امکان تبیین دقیق‌تر پایداری آثار درمانی و تعمیم‌پذیری یافته‌ها فراهم شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که به نحوی در اجرای پژوهش نقش داشته اند، به ویژه نوجوانان شرکت کننده که با همکاری صمیمانه، در جمع‌آوری داده‌ها نقش مهمی ایفا کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد. همچنین، انتشار این مقاله و نتایج آن، هیچ‌گونه تأثیری در موقعیت مالی یا حرفه‌ای نویسندگان نخواهد داشت.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه علاوه‌بر اخذ کد اخلاق (IR.IAU.SHK.REC.1404.004) تمام مجوزهای لازم از مراکز و رضایت کتبی از افراد اخذ شد. مطلع‌شدن از نتایج تمام ارزیابی‌های فردی توسط پژوهشگر، وجود حق انصراف شرکت‌کنندگان و روش‌های جایگزین برای آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. شرط گمنامی برای تک‌تک شرکت کنندگان به‌منظور جلوگیری از تبعات احتمالی منفی برای آن‌ها رعایت شد. هیچ‌گونه اجباری برای افراد شرکت کننده از سوی محقق وجود نداشت و شرکت در پژوهش داوطلبانه بود. نتایج به‌دست‌آمده به‌صورت کاملاً محرمانه و فقط در جهت پژوهش بود. مباحث داخل جلسات فقط در جهت محتوای درمان بود. تمامی شرکت‌کنندگان از هدف برگزاری این جلسات و پاسخ‌گویی به آزمون‌ها آگاه شدند. مشارکت در تحقیق برای شرکت‌کنندگان بار مالی نداشت. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. پژوهشگر این مطالعه، به اصول اخلاقی و انسانی در جهت دوری از هرگونه ابزار غیراخلاقی به‌منظور رسیدن به اهداف مدنظر خویش در پژوهش متعهد بود و از هر نوع استفاده ناشایسته به ضرر شرکت‌کنندگان خودداری کرد. ارائهٔ تعهد پژوهشگر، استاد راهنما و مشاور این پژوهش در انتشار نتایج حاصل از این پایان‌نامه مبنی‌بر اینکه بدون درنظرگرفتن حقوق دانشگاه آزاد اسلامی برای انتشار نتایج مذکور اقدام نکنند و در صورت چاپ و انتشار مقاله مشخصات دانشگاه به‌عنوان آدرس اصلی ذکر شود، از دیگر اصول اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش بود.

سهم نویسندگان

مفهوم‌سازی، تحقیق و بررسی، منابع، نگارش، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: فاطمه ناظم‌الرعایا؛ روش‌شناسی و اعتبارسنجی: محمد قاسمی پیر بلوطی؛ تحلیل و نظارت: طیبه شریفی.

حمایت مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی فاطمه ناظم‌الرعایا در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

REFERENCES

1. Huang CC, Chen Y, Greene L, Cheung S, Wei Y. Resilience and emotional and behavioral problems of adolescents in China: Effects of a short-term and intensive mindfulness and life skills training. Child Youth Serv Rev. 2019;100:291-7. DOI: 10.1016/j.childyouth.2019.03.015
2. Guo N, Yang A, Xu Y, Liu Q, Su C, Wu D. Network analysis of intergenerational associations: Parental childhood trauma, depression, anxiety, and adolescent maladaptive traits in depressed youth. J Affect Disord. 2025;389:119761. PMID: 40562107 DOI: 10.1016/j.jad.2025.119761
3. Haghish EF. Differentiating adolescent suicidal and nonsuicidal self-harm with artificial intelligence: Beyond suicidal intent and capability for suicide. J Affect Disord. 2025;378:381-91. PMID: 39955075 DOI: 10.1016/j.jad.2025.02.015
4. Edwards B, Taylor M, Gray M. The influence of natural disasters and multiple natural disasters on self-harm and suicidal behaviour: Findings from a nationally representative cohort study of Australian adolescents. SSM Popul Health. 2024;25:101576. PMID: 38225954/ DOI: 10.1016/j.ssmph.2023.101576
5. Nguyen TP, Lerch S, Maggetti A, Reichl C, Tarokh L, Kaess M. The relationship between sleep disturbance

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

and self-harming behaviours in high-risk clinical adolescents. J Psychiatr Res. 2023;158:81-7. PMID: 36577237/ DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.12.034
6. Doan U, Hong D, Hitchcock C. 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. J Affect Disord. 2025;376:10-7. PMID: 39892759/ DOI: 10.1016/j.jad.2025.01.141
7. Goldman-Mellor S, Cruz SS, Jensen J, Hall C. Child and adolescent suicidal and self-harm behavior. In: Encyclopedia of child and adolescent health. 2023;2:516-30. DOI: 10.1016/B978-0-12-818872-9.00182-5
8. Diefenbach GJ, Hord CM, Rudd MD, Tolin DF. Acute effects of inpatient brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention on non-suicidal self-injury: Exploring the association with improved distress tolerance. J Affect Disord. 2026;400:121182. PMID: 41529735 DOI: 10.1016/j.jad.2026.121182
9. Min MO, Rose DM, Lehman C, Freitag M, Mitchell J. Suicidal ideation and self-harming behaviors in treatment-seeking young children. Child Youth Serv Rev. 2026;180:108704. DOI: 10.1016/j.childyouth.2025.108704
10. Ntshalintshali T, Maepa MP. Relationship between childhood trauma and risk-taking and self-harm behaviors among Eswatini adolescents. Acta Psychol (Amst). 2025;256:105045. PMID: 40328102 DOI: 10.1016/j.actpsy.2025.105045
11. Lass ANS, Veilleux JC, DeShong HL, Winer ES. What is distress tolerance? Presenting a need for conceptual clarification based on qualitative findings. J Contextual Behav Sci. 2023;29:23-32. DOI: 10.1016/j.jcbs.2023.05.003
12. Mohammed DI, Ibrahim RH. Exploring the impact of psychological factors on cosmetic surgery acceptance: A cross-sectional study. Inform Med Unlocked. 2023;39:101231. DOI: 10.1016/j.imu.2023.101231
13. Li Y, Ju R, Hofmann SG, Chiu W, Guan Y, Leng Y, et al. Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. Int J Clin Health Psychol. 2023;23(4):100392. PMID: 37456917 DOI: 10.1016/j.ijchp.2023.100392
14. McGonigal LE, Herres J. Distress tolerance mediates the association between parental responses to distress during childhood and distress during college. J Affect Disord. 2025;388:119540. PMID: 40447156 DOI: 10.1016/j.jad.2025.119540
15. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. Arch Suicide Res. 2020;24 Suppl 1:1-24. PMID: 30636566 DOI: 10.1080/13811118.2018.1563575
16. Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, Adrian M, Gallop R, Cohen J, et al. Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2021;60(9):1105-15.e4. PMID: 33539915 DOI: 10.1016/j.jaac.2021.01.016
17. Wang F, Hu Y, Shi Z, Sun Y, Gong J, Liu J, et al. Intrinsic interpersonal emotion regulation moderates longitudinal associations between peer victimization and depressive symptoms among Chinese children. J Appl Dev Psychol. 2026;103:101926. DOI: 10.1016/j.appdev.2026.101926
18. Sorgi KM, Ammerman BA, Cheung JC, Fahlgren MK, Puhalla AA, McCloskey MS. Relationships between non-suicidal self-injury and other maladaptive behaviors: Beyond difficulties in emotion regulation. Arch Suicide Res. 2021;25(3):530-51. PMID: 31994980 DOI: 10.1080/13811118.2020.1715906
19. Johnston TE, Gross JJ, Chen W, McEvoy P, Becerra R, Preece DA. Emotion beliefs and emotion regulation strategy use. Pers Individ Dif. 2025;240:113066. DOI: 10.1016/j.paid.2025.113066
20. Salias C, Gross JJ, Petrova K, Forbush KT, Preece DA. Eating disorder symptoms and profiles of emotion regulation strategy use. J Affect Disord. 2025;380:94-103. PMID: 40088985 DOI: 10.1016/j.jad.2025.03.050
21. Crowe E, Staiger PK, Bowe SJ, Rehm I, Moulding R, Herrick C, et al. The association between trichotillomania symptoms and emotion regulation difficulties: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024;346:88-99. PMID: 37940058 DOI: 10.1016/j.jad.2023.11.010
22. Ashouri A, Pasha R, Ahadi H, Hafezi F, Makvandi B. The effectiveness of dialectical behavior therapy on general health and quality of life in individuals with multiple sclerosis. Mod Psychol Res. 2024;19(73):36-45.[Link]
23. Aghili SM, Kelateh M, Babaei A. The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-concealment, self-compassion, and self-injurious behaviors in female students. J Sabzevar Univ Med Sci. 2023;30(6):742-55. DOI: 10.30468/jsums.2024.7569.2920
24. Pahlavan F, Ramezani K, Rasouli Y. Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and metacognition-based training on basic psychological needs in patients with type 2 diabetes. Nurs Educ. 2023;12(1):61-73. [Link]
25. Delaquis CP, Joyce KM, Zalewski M, Katz LY, Sulymka J, Agostinho T, et al. Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2022;300:305-13. PMID: 34965396 DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.062
26. Ip JWY, McMain SF, Chapman AL, Kuo JR. The role of emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in nonsuicidal self-injury during dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Behav Res Ther. 2024;180:104594. PMID: 38945041 DOI: 10.1016/j.brat.2024.104594
27. Liu C, Ye X, Chen M. Sertraline medications plus dialectical behavior therapy for depressed adolescents with nonsuicidal self-injury behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2025;55(1):e13132. PMID: 39400437 DOI: 10.1111/sltb.13132
28. Harris LM, Weiss ER, Davis MT, Daniel TA, Hart-Derrick VR, Barnes S, et al. Changes in emotion regulation during the course of dialectical behaviour therapy: Effects on non-suicidal self-injury and binge eating across two samples. Clin Psychol Psychother. 2024;31(6):e70018. PMID: 39562786 DOI: 10.1002/cpp.70018
29. Barnett B, Nurse CN, Wakschal E, O'Hayer CV. Dialectical behavior therapy prolonged exposure (DBT PE) adapted via telehealth for diverse patient populations: A case report. Cogn Behav Pract. 2025. In press. [Link]
30. Decker SE, Kroll-Desrosiers A, Mattocks KM, Aunon FM, Galliford E, DeRycke EC, et al. Study protocol of a hybrid type 1 effectiveness-implementation multisite trial: Dialectical behavior therapy skills group for Veterans at high-risk for suicide attempt. Contemp Clin

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]

Trials. 2025;151:107828. PMID: 39923893 DOI: 10.1016/j.cct.2025.107828
31. Vonderlin R, Boritz T, Claus C, Senyüz B, Mahalingam S, Tennenhouse R, et al. Acceptance, safety, and effect sizes in online dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Interventional pilot study. JMIR Form Res. 2025;9:e66181. PMID: 39808784 DOI: 10.2196/66181
32. Gholami S, Keshavarzi F, Mohamadkhani P, Hasani F. The effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive emotion regulation strategies and self-criticism in adolescent girls experiencing parental divorce bereavement. Mod Psychol Res. 2022;17(67):178-94.[Link]
33. Razaghi S, Mansoubi Far M, Havasi Soumar N, Tahmoursi N. Investigating the effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation and quality of life in music students with traits of social anxiety disorder. J Psychol Sci. 2023;22(127):1335-52. DOI: 10.52547/JPS.22.127.1335
34. Kebritchi A, Abolghasemi S, Shahriari Ahmadi M. Investigating the effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive flexibility and distress tolerance in married women with social anxiety disorder. J Psychol Sci. 2024;23(143):97-113.[Link]
35. Izadi A, Jajarmi M, Bakhshipour AA. A comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and compassion therapy on alexithymia in adolescent girls with psychosomatic problems. J Psychol Sci. 2025;24(148):211-27. [Link]
36. Welch TS, Lachmar EM, Leija SG, Easley T, Blow AJ, Wittenborn AK. Establishing safety in emotionally focused couple therapy: A single-case process study. J Marital Fam Ther. 2019;45(4):621-34. PMID: 31355959 DOI: 10.1111/jmft.12398
37. Watson JC, Sharbanee JM. Emotion-focused therapy – case conceptualization and treatment: Adults. In: Comprehensive clinical psychology. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 2022. p. 105-28. DOI: 10.1016/B978-0-12-818697-8.00210-7
38. Coccaro EF, Drossos T, Kline D, Lazarus S, Joseph JJ, de Groot M. Diabetes distress, emotional regulation, HbA1c in people with diabetes and a controlled pilot study of an emotion-focused behavioral therapy intervention in adults with type 2 diabetes. Prim Care Diabetes. 2022;16(3):381-6. PMID: 35288059 DOI: 10.1016/j.pcd.2022.03.002
39. Warwar SH, Greenberg LS. Emotion-focused therapy. In: Encyclopedia of mental health. 3rd ed. Amsterdam: Elsevier; 2023. p. 743-50. DOI: 10.1016/B978-0-323-91497-0.00175-2
40. Greenman PS, Campbell TL, Allan R. Attachment, emotion, and change: Emotionally focused individual therapy (EFIT) within a process-based therapy (PBT) framework. J Contextual Behav Sci. 2024;32:100768. DOI: 10.1016/j.jcbs.2024.100768
41. Almeida B, Silva S, Cunha C. Emotion-focused therapy for resolving emotional injuries in older adults: A hermeneutic single-case efficacy design study. Couns Psychother Res. 2025;25(2):700-7. [Link]
42. Goldstein Z, Goldman R, Rollet D. Emotion-focused therapy. In: Hoffman L, Vallejos LX, Hocoy D, Tummala-Narra P, DeRobertis EM, editors. APA handbook of humanistic and existential psychology: Clinical and social applications. Washington (DC): American Psychological Association; 2026. p. 369-88. DOI: 10.1037/0000432-019
43. Frazier SN, Vela J. Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. Aggress Violent Behav. 2014;19(2):156-63. DOI: 10.1016/j.avb.2014.02.001
44. Azarfar F, Makvandi-Hosseini S, Sabahi P. The effectiveness of short-term group dialectical behavior therapy on quality of life in adolescent girls with symptoms of borderline personality disorder. Res Psychol Health. 2019;13(2):100-14. [Link]
45. Klonsky ED, Glenn CG. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess. 2009;31(3):215-9. PMID: 29269992 DOI: 10.1007/s10862-008-9107-z
46. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. Can J Psychiatry. 2014;59(11):565-8. PMID: 25565471 DOI: 10.1177/070674371405901101
47. Yasini SO, Kafi SM, Abolghasemi A. The mediating role of self-compassion in the relationship between self-conscious emotions (shame and guilt), self-criticism, and alexithymia with self-injurious behaviors in students. J Appl Psychol Res. 2025. In press. DOI: 10.22059/japr.2025.390945.645171
48. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):348-62. DOI: 10.1037/0022-3514.85.2.348
49. Soleymani A, Habibi A. The relationship of emotion regulation and resilience with psychological well-being in students. Sch Psychol Q. 2014;3(4):51-72. [Link]
50. Asli-Azad M, Manshei G, Ghamarani A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and ambiguity tolerance in students with obsessive-compulsive disorder. Psychol Except Individ. 2019;9(36):33-53. DOI: 10.22054/jpe.2019.44480.2027
51. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motiv Emot. 2005;29(2):83-102. PMID: 41933263 DOI: 10.1007/s11031-005-7955-3
52. Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. The predictive role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. Res Addict. 2014;8(29):49-63. [Persian]. [Link]
53. Balazadeh L, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Modeling structural relationships of brain behavioral system on psychological vulnerability by mediating anxiety distress tolerance with asthma adolescence. Pajouhan Sci J. 2022;20(1):41-50. [Persian]. [Link]
54. Bi-Azar R, Ghasemi Pirbalouti M, Ghazanfari A. Comparison of the effectiveness of compassion-based training and emotion regulation training on self-harming behaviors in adolescent girls with a history of self-injury in Tehran. Pajouhan Sci J. 2026;24(2). [Persian]. [Link]

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.53208/psj.24.4.286]