رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۷، شماره پیاپی ۸۸، مهر ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(7), 2023

اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار بر بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در نوجوانان بزهکار خود آسیب‌رسان

The effectiveness of schema therapy based on the mindset model based on emotional dysregulation and coherent self-knowledge in self-harming delinquent teenagers

آزاده عباسی راد
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
مریم بهرامی هیدجی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان-شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
بیوک تاجری
استادیار، گروه روان-شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
فاطمه محمدی شیرمحله
استادیار، گروه روان-شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
طاهره رنجبری پور
استادیار، گروه روان-شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

Azadeh Abasi Rad
PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.
Maryam Bahrami Hidaji*
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Bahrami_h3@yahoo.com
Biuok Tajeri
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Fatemeh Mohamadi Shirmahaleh
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Tahereh Ranjbari Poor
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار بر بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در نوجوانان خودآسیب-رسان بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان پسر بزهکار دارای تجربهٔ خودآسیب رسانی کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۶ نفر انتخاب شدند. این تعداد در بین گروه طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهنیت‌مدار و گروه گواه به‌طور تصادفی جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودشناسی انسجامی قربانی و همکاران (ISK ،۲۰۰۸) و بدتنظیمی هیجانی گراتز و همکاران (DERS ،۲۰۰۴) جمع‌آوری شد. مداخله طرح‌واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار در ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه و هفته‌ای یک‌بار برگزار شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدتنظیمی هیجانی (p<۰/۰۵، d=-۹/۸۹) و پیش‌آزمون پیگیری بدتنظیمی هیجانی (p<۰/۰۵، d=-۱۲/۸)، معنادار بود. همچنین تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودشناسی انسجامی (p<۰/۰۵، d=-۸/۶۳) و پیش‌آزمون پیگیری خودشناسی و انسجام (p<۰/۰۵، d=-۳/۷۱) نیز معنادار بوده است. نتیجه‌گیری می‌شود طرح‌واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت‌مدار بر بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی موثر و ماندگار است.

واژه‌های کلیدی: *بدتنظیمی هیجانی، خودشناسی انسجامی، طرح‌واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت‌مدار.*

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of schema therapy based on the mindset model focused on emotional dysregulation and coherent self-knowledge in self-harming teenagers. This research was a semi-experimental type with a pre-test, post-test, and control group design with a 3-month follow-up period. The statistical population of the research was all delinquent male teenagers who experienced self-harm in the Tehran Correctional Center in 2022, and 36 of them were selected using a targeted sampling method. This number was randomly replaced between the schema therapy group and the control group. Data were collected using Ghorbani et al.'s (2008) Cohesive Self-Knowledge Questionnaire (ISK) and Gratz et al.'s (2004) Emotional Dysregulation Questionnaire (DERS). Schematic therapy intervention based on the oriented mindset model was held in 20 sessions of 90 minutes and once a week. Data were analyzed using analysis of variance with repeated measurements. The results showed the difference between the pre-test and post-test stage of emotional dysregulation (p<0.05, d=-9.89) and the pre-test follow-up of emotional dysregulation (p<0.05, d=-12.8). , is significant. Also, the difference between the pre-test and post-test stage of self-knowledge of coherence (p<0.05, d=-8.63) and the pre-test of follow-up of self-knowledge and coherence (p>0.05, d=3.71) is meaningful. It is concluded that the therapeutic scheme based on the mindset-orientation model on emotional dysregulation and self-knowledge is effective and lasting.

Keywords: *Emotional dysregulation, coherent self-knowledge, therapeutic schema based on the mindset-oriented model.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** اردیبهشت ۱۴۰۲ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۲ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

مقدمه

نوجوانی به عنوان مرحله‌ای از تحول که محدودهٔ سنی ۱۰ تا ۱۹ سال را در بر می‌گیرد، نه تنها از نظر بلوغ جسمانی و تحول روان‌شناختی مرحله‌ای بحرانی است، بلکه مرحلهٔ اوج بروز اختلالات روانی نیز تلقی می‌شود (بارندس[۱] و همکاران، ۲۰۲۳). یافته‌های همه‌گیرشناسی نشان از شیوع بالای رفتارهای خودآسیبی[۲] در میان افراد بخصوص نوجوانان دارد (لیو[۳] و همکاران، ۲۰۲۲). خودزنی[۴] به عنوان یکی از اقسام خودآسیب رسانی، از جمله مشکلات روانی- اجتماعی است که در دوره نوجوانی شیوع بالایی دارند. نورماندین[۵] (۲۰۲۳) رفتارهای خودآسیب رسانی را به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم کرده است که خودآسیب‌رسانی مستقیم رفتارهایی را شامل می‌شود که بطور مستقیم موجب صدمه به بافت‌ها می‌شوند و نیت رفتار بطور کلی مشخص است و در خودآسیبی غیرمستقیم اثر رفتارهای خودآسیبی بعدها مشخص می‌شود.. در تبیین این دسته از رفتارها، اتوکرنبرگ[۶] علت رفتارهای خودآسیب رسان را افزایش نفوذ هیجانات ناپخته می‌داند (کیو[۷] و همکاران، ۲۰۲۲) و بدتنظیمی هیجانی[۸] که اشاره به ناتوانی برای آگاهی، تحمل و تعدیل مناسب هیجانات دارد را می‌توان از عوامل خطر خودآسیب رسانی دانست (جوردانو[۹] و همکاران، ۲۰۲۱) و ضعف در راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با مشکلات درون‌ریزی نوجوانان ارتباط معناداری دارد (چان[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۳). در این راستا نتایج پژوهش نشان داده است که نوجوانان قربانی قلدری، کودک آزاری و کیفیت پایین روابط دوستی، هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند که این تجارب به احتمال زیاد منجر به رفتارهای خودآسیبی می‌شود (سرتر[۱۱] و همکاران، ۲۰۲۲).

این در حالی است که پژوهش از نقش مثبت خودانسجامی در مواجه با رویدادهای استرس‌زا حکایت دارد و انسجام خود را از عوامل مرتبط با رفتارهای خودآسیبی می‌داند که منجر به حفظ سلامتی و کاهش آسیب فرد می‌شود (لی[۱۲] و همکاران، ۲۰۲۳). خودشناسی انسجامی[۱۳]، مسئولیت پردازش شناختی فعال در مورد خود و رویدادهای گذشته را به عهده دارد و تجربه‌ها و صفات خود را در ترکیبی معنادار وحدت می‌بخشد و به فرد این امکان را می‌دهد که به واسطهٔ درک توانمندی‌های خود، افکار و احساساتش را سازمان دهد و مناسب‌ترین فعالیت‌ها را برای رسیدن به نتایج مطلوب، شناسایی و انتخاب کند (نارندورف[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۳).

با این وجود، طیف وسیعی از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی شامل درمان شناختی-رفتاری[۱۵] و مدیریت استرس[۱۶] در بهبود علایم افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان، اثربخش بوده است (زو[۱۷] و همکاران، ۲۰۲۲). به رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به این افراد صورت گرفته است، اما همچنان شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن اختلالات در این افراد و افکار خودآسیبی در این افراد بالا است؛ نکته‌ای که به نابسنده بودن مداخلات درمانی موجود و نیاز به معرفی درمان‌های جدید با اثربخشی و دوام بیشتر اشاره دارد، تا چالش‌های پیش روی درمان این جمعیت را با توجه به هزینه‌های انسانی و اجتماعی آن هدف قرار دهد (کرادینگتون[۱۸] و همکاران، ۲۰۲۳). این در حالی است که در دهه اخیر تأثیرات مثبت مداخلهٔ طرحواره درمانی موجب شده محققان اقدام به تطبیق و بررسی اثربخشی آن برای اختلالات متعدد روان‌شناختی و در جمعیت‌های مختلف نمایند (شفی[۱۹] و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Barendse
2. Self-harming behaviors
3. Liu
4. Self-harm
5. Normandin
6 . Otokernberg
7. Qu
8. emotional dysregulation
9. Giordano
10. Chan
11. Sorter
12. Li
13. integrative self-knowledge
14. Narendorf
15. cognitive behavioral therapy
16. Stress management treatment
17. Zhu
18. Crudgington
19. Shafi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

نتایج تحقیقات مختلف در مورد مداخلات طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت‌مدار[1] نشان می‌دهد که این شیوه مداخلاتی در کاهش اختلالات روانشناختی، کاهش آسیب و بهبود نیازهای هیجانی کارایی بالایی دارد (شولز[2] و همکاران، ۲۰۲۳). طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت‌مدار، هدف خود را بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تغییر و تعدیل آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های طرحواره‌ای در کاهش آسیب قرار داده است و در این راستا لیندنبرگ[3] و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند این شیوه مداخلاتی در کاهش رفتارهای خودآسیبی و همچنین خودکشی در نوجوانان مؤثر واقع شده است.

۱۷/۹ درصد دختران دانش‌آموز ایرانی دوره دوم متوسطه حداقل یکبار و ۱۱/۱ درصد آن‌ها بیش از یکبار اقدام به رفتارهای خودآسیبی کرده‌اند (عرفانیان، ۱۴۰۱). اکثر مطالعات انجام شده جهت بررسی خودآسیبی بر روی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی بزرگسال بوده است، در حالی که پژوهش نشان می‌دهند این پدیده در سنین نوجوانی شایع‌تر است (استانیون[4]، ۲۰۲۳) و در مطالعه‌ایی که بر روی ۲۲۱۰ نوجوان با دامنه سنی ۱۱ تا ۱۹ سال انجام شد شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان را ۳/۴۵ درصد گزارش کرد (فرهت[5] و همکاران، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد برخی از نوجوانان، ناراحتی‌های روانی و تناقضات درونی خود را به وسیله رفتارهایی مانند خودآسیبی بیان می‌کنند تا هیجانات منفی را از خود دور کنند. با اینکه محققان در سال‌های اخیر، خودآزاری عمدی در نوجوانان را مورد توجه قرار داده‌اند، اما هنوز اطلاعات کمی درباره این رفتار آسیب‌رسان وجود دارد. همچنین درباره میزان شیوع رفتارهای خودآسیبی در نمونه‌های غیربالینی اطلاعات دقیقی در دست نیست (کنتاپ[6] و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود روزافزون آمار رفتارهای خود آسیب‌رسان در کشورمان، متاسفانه پژوهش داخلی در زمینه کارآیی درمان طرحواره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار در پیشیگیری از رفتارهای خود آسیب‌رسان افراد به خصوص نوجوانان بزهکاروجود ندارد. باتوجه به کمبود پژوهش های داخلی در زمینه مداخلات استاندارد مرتب با رفتارهای خود آسیب رسان در میان پسران و باتوجه به اهمیت حمایت مناسب از قشر آسیب پذیر جامعه یعنی پسران بزهکار هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار بر بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در نوجوانان بزهکار خود آسیب‌رسان بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه کلیه نوجوانان پسر بزهکار دارای تجربهٔ خودآسیب رسانی کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۶ نفر از این افراد بود که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس، از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۱۸ نفر در گروه گواه و ۱۸ نفر در دو گروه مداخله (طرح واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار) جایگزین شدند و از نظر سن همگن شدند و این همگنی از طریق آزمون t دونمونه‌ای تائید شد. معیارهای ورود به نمونه شامل رضایت و تمایل فرد برای مشارکت در مطالعه، سابقه خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی در طی ۱ سال اخیر، جرایم غیرخشن، ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش از رواندرمانی دیگری استفاده نکرده باشد، براساس تشخیص پزشکی و روان‌پزشکی شرکت‌کننده بیماری جسمانی و روان‌شناختی مانند معلولیت جسمانی و یا صرع که مانع از شرکت در جلسات شود، نداشته باشد و توانایی شرکت در جلسات مداخلاتی می‌باشد و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در طول جلسات درمانی، شروع به مصرف داروهای روانگردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی روان‌شناختی، دریافت مشاوره فردی و انصراف از ادامه پژوهش بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش به‌تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسمی از آن‌ها در هیچ قسمت پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت-کنندگان توزیع شد. باهدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب

1. schema therapy based on subjectivity model
2. Schulz
3. Lindenberg
4. Stanyon
5. Farhat
6 . Kentopp

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش شرکت‌کنندگان و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت‌کنندگان هر دو گروه از طریق پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار تحت مداخله ۲۰ جلسه‌ای و بر اساس جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار قرار گرفتند. گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله شرکت‌کنندگان هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس بدتنظیمی هیجانی (DERS[1]): این مقیاس توسط گراتز و رومر[2] (۲۰۰۴) ساخته شد و شامل ۳۶ سئوال و ۶ مؤلفه دارد که شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی[3]، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند[4]، دشواری کنترل تکانه[5]، فقدان آگاهی هیجانی[6]، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی[7] و فقدان شفافیت هیجانی[8] است. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً اصلاً (۱) تا تقریباً همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. روایی همگرای پرسشنامه با استفاده از همبستگی پیرسون با افسردگی ۰/۶۹ و کمال‌گرایی جامعه محور ۰/۳۶ و با کمال‌گرایی فردمحور ۰/۲۴ به دست آمده است. روایی سازه با همبستگی پیرسون با استفاده از مؤلفه-نمره کل برای ابعاد ضرایب در دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۸۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ بدست آمده است؛ همچنین برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب کل سئوالات ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ گزارش شد (گراتز و همکاران، ۲۰۰۴). در ایران نیز در پژوهش کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش باز آزمایی به فاصله زمانی دو هفته برای نمره کل ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۷۵، ۰/۷۹، ۸۱ و ۰/۸۳ است. روایی این پرسشنامه در پژوهش کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) از طریق همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که نتایج آن عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی و بدتنظیمی هیجانی (*r*=۰/۷۶۵)، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند و بدتنظیمی هیجانی (*r*=۰/۷۵۱)، دشواری کنترل تکانه و بدتنظیمی هیجانی (*r*=۰/۸۷۱)، فقدان آگاهی هیجانی (*r*=۰/۸۴۴) و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و بدتنظیمی هیجانی (*r*=۰/۸۰۱) و فقدان شفافیت هیجانی و بدتنظیمی هیجانی (*r*=۰/۶۵۵) بود که روایی مطلوب را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب کرونباخ کل سوالات ۰/۹۰ بدست آمد.

مقیاس خودشناسی انسجامی[9] (ISK): مقیاس خودشناسی انسجامی توسط قربانی و همکاران در سال ۲۰۰۸ ساخته‌شده است. این مقیاس دارای ۱۲ سؤال است که پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (عمدتاً نادرست تا عمدتاً درست) به آن پاسخ دهند. قربانی و همکاران (۲۰۰۸) جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده نمودند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که این آزمون از سه بعد تشکیل‌شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است. مطالعات انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است؛ پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سوالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است؛ از نظر روایی نیز همبستگی نتایج این آزمون با آزمون افسردگی بک ۲=۰/۴۸ بود (امیدی حسین آبادی و عباسی اسفجیر، ۱۳۹۴). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۹ بود.

طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار[10]: جلسات طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار اقتباس از پژوهش آهوان و همکاران (۱۳۹۷) بود. این رویکرد شامل ۲۰ جلسه و شامل جلسات زیر بود:

1 - Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2- Gratz, Roemer
3. dis acceptance of emotional responses
4. difficulty in employing targeted behaviors
5. difficulty controlling the impulse
6. lack of emotional awareness
7. achieving limited excitement strategies
8. lack of emotional clarity
9 - Integrative self-knowledge Scale (ISK)
10- Mindfulness-based therapy schema

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

جلسات طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار اقتباس از پژوهش آهوان و همکاران (۱۳۹۷)

جلسات	محتوای جلسه
اول و دوم	- ایجاد یک رابطه متقابل توام با امنیت، همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی - آموزش رویکرد درمانی طرحواره محور - ارائه پرسشنامه چند وجهی سرگذشت زندگی به آزمودنی به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل
سوم و چهارم	- شناسایی مستمر یادگیری ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی مرتبط هستند - ارائه پرسش پرسش نامه های طرحواره و سبک فرزند پروری به آزمودنی به عنوان تکلیف خانگی
پنجم و ششم	- وارسی پرسشنامه ها به همراه مراجع، بحث و تبادل نظر در مورد آنها - شناسایی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره های ناسازگار اولیه - فنون تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی - ارائه پرسش نامه های سبک های مقابله ای و ذهنیت های طرحواره ای به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل
هفتم و هشتم	- وارسی پرسشنامه ذهنیت به همراه فرد آزمودنی، ردیابی مستمر ذهنیت‌ها و شناسایی و نامگذاری آنها - مفهوم سازی مشکل آزمودنی براساس رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت
نهم و دهم	- استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان - تشویق آزمودنی به ادامه درمان و تاکید بر پیامدهای منفی خودآسیبی و آگاه کردن آزمودنی از رنج هیجانی
یازدهم و دوازدهم	- آشناسازی آزمودنی با ذهنیت کودک تنها و کودک عصبانی و تکانشگر - کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت ها با به کارگیری فن تصویر سازی ذهنی - پیوندهای درمانگر با ذهنیت کودک رها شده و تأکید بر پیامدهای منفی خودآسیبی
سیزدهم و چهاردهم	- آموزش مذاکره بین ذهنیت ها و استفاده از فنون شناختی در جهت بی اعتبارسازی طرحواره‌های غالب - ایجاد فضای توجه مثبت بی قید و شرط
پانزدهم و شانزدهم	- ماندن با ذهنیت کودک تنها - تلاش برای ارضای نیازهای هیجانی اساسی و ارتباط با ذهنیت کودک آسیب پذیر - بکارگیری تکنیک بازوالدینی حد و مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره های نقص و محرومیت هیجانی
هفدهم و هجدهم	- رویاسازی هوشمندانه آزمودنی با سبک چالش زا یا فخرفروشانه با رویکرد جرأتمندانه - به کارگیری فنون رویاسازی همدلانه در مقابل استحقاق طلبی آزمودنی (با احتیاط) - بازگو کردن حقوق به صورت مؤدبانه و با رعایت مرزها از طرف درمانگر
نوزدهم و بیستم	- ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای سازگارانه - آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود - کمک به فرد آزمودنی برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی

یافته ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه مداخله ۱۵/۵ ۱±/۳۳ و در گروه گواه ۱/۳۵± ۱۵/۷ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۴ و حداکثر سن ۱۶ گزارش شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵؛ تفاوت معناداری بین دو گروه از یکدیگر وجود نداشت و دو گروه ازنظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری متغیرها و ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها

	زمان	واقعیت درمانی گروهی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۳۵	۳/۱۴	۱۳۵/۰۶	۳/۱۳
	پس‌آزمون	۱۰۹/۹	۲/۳۶	۱۳۳/۱	۴/۴۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

	پیگیری	۱۱۰/۳	۳/۲۵	۱۳۳/۳	۴/۶۶
	پیش‌آزمون	۳۵/۶	۱/۳۳	۳۴/۵	۱/۵۰
خودشناسی انسجامی	پس‌آزمون	۴۳/۶	۱/۴۵	۳۴/۸	۲/۰۶
	پیگیری	۴۳/۴	۱/۵۰	۳۴/۹	۲/۱۰

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در دو گروه مداخله و گروه گواه نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی دهند؛ اما بعد از مداخله گروه های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیرهای پژوهش (۸۸/۸=آماره ام‌باکس، F=۱۳/۰۶، P<۰/۰۱) به دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیرهای پژوهش (۰/۰۵۵= آماره موشلی، ۷۸/۱= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر بدتنظیمی هیجانی (F=۱/۹ و P>۰/۰۵) و خودشناسی انسجامی (F=۲/۰۷ و P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

اثر		نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معنی‌داری	مجذور ایتای تفکیکی
بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی	گروه * عامل	آزمون پیلایی	۰/۵۴۳	۱۶/۰۱	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
		آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۵۷	۱۶/۰۱	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
		آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۸	۱۶/۰۱	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
		آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۸	۱۶/۰۱	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳

چنانکه اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد، متغیرهای پژوهش در گروه مداخله، با کنترل اثر پیش‌آزمون، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. (Wilks Lambda =۰/۴۵۷ ، F=۱۶/۰۱، P= ۰/۰۰۱، η^2 =/۵۴۳). مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۵۴/۳ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیرهای وابسته (بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی) مرتبط به گروه (طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهنیت مدار) است. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳×۲ به منظور بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهنیت مدار بر بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در نوجوانان بزهکار خود آسیب رسان

	نام آزمون	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
بدتنظیمی هیجانی	اثر اصلی گروه	۱۹/۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۱۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۱
خودشناسی انسجامی	اثر اصلی گروه	۱۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای بدتنظیمی هیجانی (η^2 =/۴۳۱، P <۰/۰۵، F=۱۹/۲) و خودگردانی و برای متغیر خودشناسی انسجامی (η^2 =/۳۶۷، P <۰/۰۵، F=۱۴/۵) معنادار است. به عبارتی بین نمرات خودشناسی انسجامی و بدتنظیمی هیجانی در سه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه خودشناسی انسجامی و بدتنظیمی هیجانی در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (J-I)	معناداری
بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۸۹*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۲/۸*	۰/۰۰۱
خودشناسی انسجامی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۶۳*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۷۱*	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات بدتنظیمی هیجانی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت مدار در نوجوانان بزهکار خودآسیب رسان است؛ به طوری‌که تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدتنظیمی هیجانی (p<۰/۰۵، d=-۹/۸۹) و پیش‌آزمون پیگیری بدتنظیمی هیجانی (p<۰/۰۵، ۱۲/۸-d=)، معنادار است تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودشناسی انسجامی (p<۰/۰۵، d=-۸/۶۳) و پیش‌آزمون پیگیری خودشناسی و انسجام (p<۰/۰۵، d=-۳/۷۱)، معنادار است؛ که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در این متغیرها است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان گفت که به طور کلی نمرات خودشناسی انسجامی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته و نمرات بدتنظیمی هیجانی کاهش یافته است که نشان دهنده تأثیر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت مدار بر افزایش خودشناسی انسجامی و کاهش بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان بزهکار خود آسیب رسان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار بر بدتنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در نوجوانان بزهکار خود آسیب‌رسان انجام شد. نتیجه حاصل نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار بر بدتنظیمی هیجانی مؤثر بوده است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون زو و همکاران (۲۰۲۳)، کرادینگتون و همکاران (۲۰۲۳) و لیندنبرگ و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان طرحواره‌های ناسازگار شده است. در این میان تکنیک رفتاری نقش مهم‌تری هم می‌تواند ایفا کند. تکنیک‌های رفتاری به نوجوانان بزهکار کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به آنان کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند (لیندنبرگ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ لذا طرحواره درمانی به نوجوانان بزهکار کمک می کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد.

در تبیین دیگر می‌توان افزود: این رویکرد درمانی به فرد کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، نوجوانان بزهکار طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند (زو و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین فنون طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا افراد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌های ناسازگار خود مهیا سازند. از سوی دیگر نوجوانان بزهکار می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌های طرحواره درمانی به فرضیه آزمایی طرحواره‌ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها و کاهش بدتنظیمی هیجانی مهیا سازند (کرادینگتون و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین نتیجه حاصل نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار بر بدتنظیمی هیجانی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون شولز و همکاران (۲۰۲۳) و شفی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: در طرحواره

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

درمانی، با کار کردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی نسبت به توانایی‌های جسمانی، هیجانات و عواطف خود دارند، در اصلاح و تغییر افکار و باورهای آنها اثربخش است. در بیان عواطف و بُعد عاطفی، طرحواره درمانی باورهای شناختی را که به باورهای هیجانی گره خورده است را با توجه به راهبردهای رفتاری و تجربی، به چالش کشیده و این شرایط موجب می‌شود، فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را که منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌شود، بشناسد و به دنبال راه‌حل مناسب تمایل پیدا کند و همین امر سبب تجربه کیفیت زندگی بهتر در آنان می‌شود (شفی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته و ایجاد شده در دوران کودکی و نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان فرصتی را برای بهبود علائم رهاشدگی، انزوای اجتماعی، اجتناب و غیره را در فرد فراهم می‌آورد (شولز و همکاران، ۲۰۲۳) که باعث می‌شود افراد به خودشناسی بهتری از توانایی‌های خود برسند و همین امر سبب می‌شود که طرحواره درمانی ذهنیت مدار به بهبود خودشناسی انسجامی کمک می‌کند.

درمجموع نتایج این مطالعه نشان داد خودشناسی انسجام و بدتنظیمی هیجان در گروه درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌مراتب مناسب‌تر از گروه گواه است. این مداخله تا حد زیادی توانست خودشناسی انسجامی را افزایش و بدتنظیمی هیجان را کاهش دهد و از این رو می‌تواند در بهبود خودشناسی انسجامی و افراد دارای بدتنظیمی هیجانی بالا به کار گرفته شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش قدرت تعمیم پذیری در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بالاتر استفاده شود.

منابع

امیدی حسین آبادی، ح؛ عباسی اسفجیر، ع.ا. (۱۳۹۴). رابطه نوبت کاری شب با میزان افسردگی و اضطراب پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۴(۲)، ۲۹-۳۹. URL: http://ijnv.ir/article-1-268-fa.html

آهوان، م؛ قوتی، ع؛ یعقوبی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، ۲(۶)، ۱۱-۱. URL: http://jnip.ir/article-1-186-fa.html

عرفانیان. م. ۱۴۰۱. *بررسی نقش ابعاد شخصیت در رفتارهای خود آسیب‌رسان نوجوانان شهر هشتگرد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج. . www.irandoc.ir

کیانی پور، ا؛ حسنی، ف؛ راه نجات، ا.م؛ قنبری پناه، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای اختلال وحشتزدگی. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۶(۲۰)، ۷۰-۶۰. http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-583-fa.html

Barendse, M. E. A., Lara, G. A., Guyer, A. E., Swartz, J. R., Taylor, S. L., Shirtcliff, E. A., ... & Tully, L. M. (2023). Sex and pubertal influences on the neurodevelopmental underpinnings of schizophrenia: A case for longitudinal research on adolescents. *Schizophrenia Research*, *252*, 231-241. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.12.011

Chan, K. M., Hong, R. Y., Ong, X. L., & Cheung, H. S. (2023). Emotion dysregulation and symptoms of anxiety and depression in early adolescence: Bidirectional longitudinal associations and the antecedent role of parent–child attachment. *British Journal of Developmental Psychology*. https://doi.org/10.1111/bjdp.12445

Crudgington, H., Wilson, E., Copeland, M., Morgan, C., & Knowles, G. (2023). Peer-Friendship Networks and Self-injurious Thoughts and Behaviors in Adolescence: A Systematic Review of Sociometric School-based Studies that Use Social Network Analysis. *Adolescent Research Review*, *8*(1), 21-43. https://doi.org/10.1007/s40894-022-00196-3

Farhat, L. C., Roberto, A. J., Wampler, J., Steinberg, M. A., Krishnan-Sarin, S., Hoff, R. A., & Potenza, M. N. (2020). Self-injurious behavior and gambling-related attitudes, perceptions and behaviors in adolescents. *Journal of psychiatric research*, *124*, 77-84. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.016

Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative Self-knowledge scale:Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and United States. Journal of Psychology: Interdisciplinary and applied, 142(4), 095-412. https://doi.org/10.3200/JRPL.142.4.395-412

Giordano, C., Coco, G. L., Salerno, L., & Di Blasi, M. (2021). The role of emotion dysregulation in adolescents' problematic smartphone use: A study on adolescent/parents triads. *Computers in Human Behavior*, *115*, 106632. https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106632

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*, 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

Kentopp, S. D., Conner, B. T., Fetterling, T. J., Delgadillo, A. A., & Rebecca, R. A. (2021). Sensation seeking and nonsuicidal self-injurious behavior among adolescent psychiatric patients. *Clinical child psychology and psychiatry*, *26*(2), 430-442. https://doi.org/10.1177/1359104521994627

Li, L., Liang, Z., Li, G., Xu, H., Yang, X., Liu, X., ... & Zhou, Y. (2023). Resting-state functional brain network alternations related to non-suicidal and suicidal self-injurious behaviors in adolescents with depression. *bioRxiv*, 2023-03. https://doi.org/10.1101/2023.03.09.531863

Lindenberg, K., Kindt, S., & Szász-Janocha, C. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy–based intervention in preventing gaming disorder and unspecified internet use disorder in adolescents: a cluster randomized clinical trial. *JAMA network open*, *5*(2), e2148995-e2148995. . https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.48995

Liu, M., Xiao, J., Kamper-DeMarco, K. E., & Fu, Z. (2023). Problematic internet use and suicidality and self-injurious behaviors in adolescents: Effects of negative affectivity and social support. *Journal of affective disorders*, *325*, 289-296. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.019

Narendorf, S. C., Arora, A., Santa Maria, D., Bender, K., Shelton, J., Hsu, H. T., ... & Barman-Adhikari, A. (2023). Self-Identification of Mental Health Problems Among Young Adults Experiencing Homelessness. *Community Mental Health Journal*, 1-11. https://doi.org/10.1007/s10597-022-01068-9

Normandin, L., Weiner, A., & Ensink, K. (2023). An integrated developmental approach to personality disorders in adolescence: expanding Kernberg's object relations theory. *American Journal of Psychotherapy*, *76*(1), 9-14. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20220023

Qu, D., Wang, Y., Zhang, Z., Meng, L., Zhu, F., Zheng, T., ... & Zhou, Y. (2022). Psychometric properties of the Chinese version of the Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) in Chinese clinical adolescents. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 2518. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.755857

Schulz, W., Hahlweg, K., & Supke, M. (2023). Predictors of fathers' participation in a longitudinal psychological research study on child and adolescent psychopathology. *Journal of Child and Family Studies*, 1-15. https://doi.org/10.1007/s10826-022-02521-9

Shafi, R. M., Nakonezny, P. A., Romanowicz, M., Nandakumar, A. L., Suarez, L., & Croarkin, P. E. (2021). Suicidality and self-injurious behavior among adolescent social media users at psychiatric hospitalization. *CNS spectrums*, *26*(3), 275-281. https://doi.org/10.1017/S1092852920001108

Sorter, M., Chua, J., Lamy, M., Barzman, D., Ryes, L., & Shekhtman, J. A. (2022). Management of emotion dysregulation and outbursts in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, *24*(3), 213-226. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01325-4

Stanyon, D., DeVylder, J., Yamasaki, S., Yamaguchi, S., Ando, S., Usami, S., ... & Nishida, A. (2023). Auditory hallucinations and self-injurious behavior in general population adolescents: modeling within-person effects in the Tokyo teen cohort. *Schizophrenia bulletin*, *49*(2), 329-338. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac155

Zhu, X., Griffiths, H., Eisner, M., Hepp, U., Ribeaud, D., & Murray, A. L. (2022). Developmental associations between bullying victimization and suicidal ideation and direct self-injurious behavior in adolescence and emerging adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, *63*(7), 820-828. https://doi.org/10.1111/jcpp.13529

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.10.6]