رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۱۱، شهریور ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(6), 2025

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودانتقادی نوجوانان بدسرپرست

Comparing the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Self-Criticism in Maltreated Adolescents

مسعود شهبازی مقدم
گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
داود جعفری (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.
محسن بهرامی
گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

Masoud Shahbazi Moghadam
Department of Psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Davood Jafari *
Department of Psychology, Mal.C., Islamic Azad University, Malayer, Iran.
da.jafari@iau.ac.ir
Mohsen Bahrami
Department of Psychology, Mal.C., Islamic Azad University, Malayer, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودانتقادی نوجوانان بدسرپرست انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعهٔ آماری شامل دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهر همدان در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از سه مدرسه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس سطوح خودانتقادی (LOSC؛ تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴) استفاده شد. طرحواره درمانی هیجانی اساس پروتکل لیهی و همکاران و رفتار درمانی دیالکتیک بر پروتکل الگوی لینهان هر یک به مدت هشت هفته ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شدند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که در پس‌آزمون بین گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵)؛ اما در مرحله پیگیری فقط بین رفتاردمانی دیالکتیک و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۵)؛ همچنین یافته‌ها نشان داد که مرحله پیگیری بین دو گروه درمانی تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۵)؛ در واقع فقط مداخله رفتار درمانی دیالکتیک تاثیر معنادار بیشتری بر کاهش خودانتقادی در طول زمان داشته است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتر بر کاهش خودانتقادی نوجوانان بدسرپرست داشته است.

واژه‌های کلیدی: *خودانتقادی، نوجوانان بدسرپرست، رفتار درمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی هیجانی.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of emotional schema therapy and dialectical behavior therapy on self-criticism in maltreated adolescents. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population included male high school students in Hamadan in the academic year 2024. 45 people were selected from three schools using non-random sampling and randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). The Levels of Self-Criticism Scale (LOSC; Thompson & Zuroff, 2004) was used to collect data. Emotional schema therapy based on the Leahy et al. protocol and dialectical behavior therapy based on the Linehan model protocol were each implemented in groups for eight weeks of 90 minutes. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that there was a significant difference between the intervention and control groups in the post-test (P<0.05); however, in the follow-up phase, a significant difference was observed only between the dialectical behavior therapy and the control group (P<0.05); the findings also showed that there was a significant difference between the two treatment groups in the follow-up phase (P<0.05); in fact, only the dialectical behavior therapy intervention had a significant effect on reducing self-criticism over time. Overall, it can be concluded that dialectical behavior therapy was more effective than emotional schema therapy in reducing self-criticism in maltreated adolescents.

Keywords: *Self-Criticism, Maltreated Adolescents, Dialectical Behavior Therapy, Emotional Schema Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** اردیبهشت ۱۴۰۴ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** شهریور ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

مقدمه

پژوهش و توجه به بهداشت روان نوجوانان اهمیت بسیاری دارد، چراکه دوران نوجوانی یکی از دوران‌های حساس در زندگی فرد است. در این دوره، تغییرات فیزیکی، هورمونی و شناختی زیادی رخ می‌دهد که می‌تواند بر وضعیت روانشناختی نوجوانان تأثیر بگذارد. بنابراین، توجه به بهداشت روانی آن‌ها می‌تواند در ایجاد تعادل و سلامت روانی آن‌ها موثر باشد (شفقی و سعادت، ۱۴۰۲). در این بین پژوهش در نوجوانان بدسرپرست از اهمیت بالاتری برخوردار است؛ نوجوانان در دوران رشد و تحول روانی قرار دارند و تجربه‌های ناامن از بدسرپرستی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر روی سلامت روانی آن‌ها داشته باشد (داهوری[1] و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات نشان داده است که تجربه‌های بدسرپرستی در دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند تأثیرات جانبی بلندمدتی روی سلامت جسمانی و روانی فرد در طول عمر داشته باشد. این تأثیرات ممکن است شامل مشکلات روانشناختی، رفتاری، اجتماعی و حتی بیماری‌های جسمانی باشد (کانو-لوزانو[2] و همکاران، ۲۰۲۱).

بررسی مطالعات پیشین دلات بر این دارد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نوجوانی نقش موثری بر افزایش خودانتقادی دارد؛ در واقع نوجوانان بدسرپرست به سبب تجربه انواع بدرفتاری‌ها مستعد خوانتقادی هستند (میکلوویتز[3] و همکاران، ۲۰۲۵)؛ به دلیل تأثیر قویی که این رفتارها بر اعتماد به نفس نوجوانان دارند. در دوران نوجوانی، شخصیت و هویت در حال شکل‌گیری است و تجربه‌های ناشی از بدرفتاری می‌تواند تاثیر عمیقی بر روی نگرش و اعتقادات فرد داشته باشد (جنگ[4] و همکاران، ۲۰۲۲). زمانی که کودکان و نوجوانان در خانواده‌های بدسرپرست اشتباهی مرتکب می‌شوند، به بدترین شکل ممکن مورد بدرفتاری‌های جسمانی و کلامی قرار می‌گیرند؛ نقد و انتقاد از سوی دیگران، به خصوص در محیط خانوادگی، مدرسه یا جامعه، می‌تواند به شکلی که فرد خود را ناکام و ناشایسته احساس کند، باشد. این ممکن است باعث تشدید خودانتقادی شود و فرد به خودشکنی، کاهش اعتماد به نفس و احساس عدم ارزشمندی برسد (شهزادی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، خودانتقادی می‌تواند ناشی از دیدگاه‌ها و باورهای شخصی باشد. فرد ممکن است باور داشته باشد که بدرفتاری‌های گذشته نشان دهنده کمبودها و نقصان در شخصیت وی است. این باور می‌تواند به شکلی که فرد به خودانتقادی بیشتری بپردازد، تقویت شود (زو[5] و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به مباحث مطرح شده؛ اجرای برنامه‌های آموزشی و درمانی برای نوجوانان بدسرپرست از اهمیت بالایی برخوردار است؛ نوجوانانی که در این خانواده‌ها رشد می‌یابند، ممکن است با مشکلات روانی، اجتماعی و تعلیم و تربیتی مواجه شوند. برنامه‌های درمانی و آموزشی متناسب با نیازهای آن‌ها می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مشکلات خود را شناسایی کنند، مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجان را بهبود بخشند و مسیری به سمت رشد و توانمندی‌هایشان ایجاد کنند. این برنامه‌ها به نوجوانان کمک می‌کنند تا با مشکلات خود همچون خودانتقادی، اضطراب، خشم، عدم اعتماد به نفس و مشکلات ارتباطی کنار بیایند و راه‌های مثبتی برای مواجهه با آن‌ها را یاد بگیرند (سینگ[6]، ۲۰۲۴). طرحواره درمانی هیجانی (EST)[7] یکی از کارآمدترین درمان‌ها برای افرادی است که تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی و نوجوانی تجربه کرده‌اند و در تنظیم هیجان مشکل دارند (دانشمندی و همکاران، ۲۰۱۹). این روش درمانی بر پایه فرضیه می‌باشد که مشکلات روانشناختی برخاسته از ناتوانی در تنظیم و مدیریت هیجانات است. طرحواره درمانی هیجانی تلاش می‌کند تا افراد را در تشخیص و درک احساسات خود یاری کند و آن‌ها را در یادگیری راه‌های سالم برای مدیریت هیجانات و ارتباطات مؤثر آموزش دهد. این روش درمانی بر اساس مفاهیمی مانند توجه به هیجانات، تشخیص و تفکر مجدد در مورد هیجانات، تعاملات میان فردی و تمرکز بر خودهوشیاری ارتباطی تمرکز دارد. هدف اصلی طرحواره درمانی هیجانی، کمک به افراد برای توانایی بهبود مهارت‌های هیجانی و ارتباطی خود است. این روش درمانی به عنوان یکی از روش‌های مورد استفاده در درمان اختلالات مزمن هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و اضطراب اجتماعی شناخته شده است (ادواردز و ووپرمن[8]، ۲۰۱۹).

رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)[9] یکی دیگر از درمان‌هایی است که می‌تواند نقش موثری بر بهبود وضعیت روانشناختی افراد آسیب دیده از تروما داشته باشد. استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیک در نوجوانانی که تجربه سوء استفاده در خانواده را داشته‌اند، می تواند رویکرد

1 Dahouri
2 Cano-Lozano
3 Miklowitz
4 Geng
5 Zou
6 Singh
7 Emotional Schema Therapy (EST)
8 Edwards & Wupperman
9 Dialectical Behavior Therapy (DBT)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

ارزشمندی برای کمک به آن‌ها برای مقابله با پیامدهای عاطفی و روانی سوء استفاده باشد. رفتار درمانی دیالکتیک نوعی درمان است که عناصر درمان شناختی-رفتاری را با مفاهیم ذهن آگاهی و پذیرش ترکیب می‌کند (پانوز[1] و همکاران، ۲۰۱۴). نوجوانانی که سوء استفاده را تجربه کرده‌اند ممکن است با احساسات شدید و طاقت فرسا دست و پنجه نرم کنند. رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مهارت‌هایی را برای شناسایی، درک و تنظیم موثر هیجانات خود ایجاد کنند (استیل[2] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین بسیاری از نوجوانانی که سوء استفاده را تجربه کرده‌اند ممکن است در تحمل موقعیت‌ها یا احساسات ناراحت کننده دچار مشکل شوند. رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند راهبردهایی را به آن‌ها بیاموزد تا با پریشانی کنار بیایند بدون توسل به رفتارهای خود مخرب، مانند آسیب رساندن به خود یا سوء مصرف مواد (آسارنو[3] و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این نوجوانانی که سوء استفاده را تجربه کرده‌اند ممکن است در روابط و مهارت‌های ارتباطی خود با چالش‌هایی مواجه شوند. رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند ابزارهایی برای بهبود اثربخشی بین فردی، تعیین مرزهای سالم و توسعه مهارت های ابراز وجود در اختیار آن‌ها قرار دهد (نظیر[4] و همکاران، ۲۰۲۳).

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و طرحواره درمانی هیجانی (EST) هر دو رویکردهای درمانی هستند که در درمان شرایط مختلف سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرند. در حالی که آن‌ها برخی از شباهت‌ها را به اشتراک می‌گذارند، تفاوت‌های مشخصی بین این دو وجود دارد. رفتار درمانی دیالکتیکی عناصر درمان شناختی-رفتاری (CBT) را با تکنیک‌های ذهن آگاهی ترکیب می‌کند. بر تعادل بین پذیرش و تغییر تاکید می‌کند. رفتار درمانی دیالکتیکی از استراتژی‌های مختلفی مانند درمان فردی، آموزش مهارت‌ها و گروه درمانی برای هدف قرار دادن اختلالات عاطفی و رفتارهای خود تخریبی استفاده می‌کند. طرحواره درمانی هیجانی عناصر شناخت درمانی، درمان طرحواره محور و درمان متمرکز بر هیجان را ادغام می‌کند. در درجه اول بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار از طریق بازسازی شناختی، تنظیم هیجان و تکنیک‌های تجربی تمرکز دارد؛ اما در این درمان بعد پذیرش مورد توجه نمی‌باشد (کلانتریان و همکاران، ۲۰۲۳). پرکینز[5] و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی طولی به بررسی تاثیر رفتاردمانی دیالکتیک در افراد مبتلا به اختلال خوردن پرداختند. نتایج نشان داد که این درمان نقش موثری بر بهبود خودانتقادی و رفتارهای خودآسیبی داشته است. همچنین چوی[6] و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی با هدف ارزیابی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش نشانگان خودانتقادی در افراد مبتلا به افسردگی انجام دادند. نتایج نشان داد که این درمان در کوتاه مدت و پیگیری نقش موثری در کاهش افسردگی و علائم خودانتقادی داشته است؛ همچنین ارزیابی کیفی نشان داد که ۵ نفر از افرا در پایان دوره نشانگان افسردگی را به‌طور کامل نداشتند.

رفتار درمانی دیالکتیکی از چهار ماژول اصلی ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی تشکیل شده است. این ماژول‌ها به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های مربوط به خودآگاهی، تنظیم هیجان، مقابله با پریشانی و بهبود روابط بین فردی را توسعه دهند. در مقابل طرحواره درمانی هیجانی بر شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار تمرکز دارد. این شامل تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، استراتژی‌های تنظیم هیجان، و تمرین‌های تجربی برای به چالش کشیدن و تغییر باورهای اصلی ناکارآمد است (همتی ثابت و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین در مطالعات پیشین این دو درمان بر پریشانی روانشناختی و اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (کلانتریان و همکاران، ۲۰۲۳)، بر تنظیم هیجان معلولین جسمی حرکتی (رحمانی مقدم و همکاران، ۱۴۰۱) بر تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرح واره های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (صبری و همکاران، ۱۴۰۰) و بر تنظیم هیجان و کاهش اضطراب در افراد دارای اضطراب بالا (کمال و همکاران، ۱۴۰۱) مورد توجه پژوهشگران بوده است؛ اما اجرای مقایسه‌ای این دو درمان در نوجوانان بدسرپرست در بررسی پیشینه یافت نشد. با توجه به اینکه نوجوانان بدسرپرست انواع بدرفتاری‌ها ار در دوران زندگی خود تجربه کرده‌اند، می‌بایست با توجه به پتانسیل‌های مختلفی که در این دو درمان وجود دارد، جهت ارتقاء سلامت روانشناختی این نوجوانان اقدامات بالینی لازم انجام شود. با توجه به اهمیت این موضوع مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر اجتناب تجربه‌ای، خودانتقادی و شرم درونی شده در نوجوانان بدسرپرست انجام شد.

1 Panos
2 Steil
3 Asarnow
4 Nazir
5 Perkins
6 Choi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعهٔ آماری شامل دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم در سه گروه (ریاضی، علوم تجربی و علوم انسانی) شهر همدان در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از سه مدرسه انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، دانش آموزی دارای خانواده¬های بدسرپرست باشد (در پرونده مشاوره گزارش شده است)، عدم سابقه اختلالات روانشناختی شدید (اختلالات سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات دو قطبی)، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل در نظر گرفته شد. معیارهای خروج هم عبارتند از شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی، تجربه سوگ در طول درمان، نیاز به خدمات روان‌درمانی فردی و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود. ملاحضات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نشد و شرکت در پژوهش اختیاری بود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد؛ تا اجازه کتبی جهت حضور در جلسات درمانی را از یکی از والدین دریافت کنند. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پرورپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با شناسه IR.IAU.B.REC.1403.098 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس سطوح خودانتقادی (LOSC)[1]: جهت سنجش خودانتقادی از مقیاس سطوح خودانتقادی تامپسون و زوروف[2] (۲۰۰۴) استفاده شد؛ این مقیاس ۲۲ گویه دارد و دو سطح خودانتقادی درونی شده (۱۰ گویه) و مقایسه‌ای (۱۲ گویه) را بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای، از (به شدت مخالفم=۱) تا (به شدت موافقم=۷) اندازه‌گیری می‌کند و دامنه نمرات آن از ۲۲ تا ۱۵۴ می‌باشد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد می‌باشد. طراحان، این مقیاس را در ۱۴۴ دانش‌آموز اجرا و روایی آن را به روش تحلیل عاملی اکتشافی با ضریب ۶۸ درصد صوری مورد بررسی و تایید قرار دادند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴). در ایران روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و دو عامل تایید شده است و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ در نوجوانان گزارش شده است (صمدی و همکاران، ۱۴۰۲). در پژوهش حاضر همسانی درونی ۰/۷۷ آلفای کرونباخ محاسبه شد.

مداخله طرحواره درمانی هیجانی: طرحواره درمانی هیجانی به مدت هشت هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) بر اساس پروتکل لیهی[3] و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شده است و در ایران در قالب یک کتاب تالیفی با عنوان "رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی" (لیهی، ۲۰۱۵) توسط زیرک و آزادی (۱۴۰۲) ترجمه شده است. خلاصه محتوا در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسات	محتوا
اول	آشنایی درمانگر با اعضای گروه و اعضا با یکدیگر و توضیح هریک از اعضا درمورد هدف از شرکت در گروه؛ مطرح ساختن قوانین گروه از سوی درمانگر؛ دادن فرصت به اعضا برای بیان احساساتی که در خانواده تجربه می‌کنند.
دوم	ارایه آموزش درباره هیجان جهت افزایش درک و فهم اعضا از هیجان؛ معرفی کلی طرحواره درمانی هیجانی و بیان منطق و مراحل مداخله.

1 Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)
2 Thompson and Zurrof
3 Leahy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

سوم	تعریف و توضیح طرحواره‌های هیجانی و تاثیرآن ها بر احساسات و رفتارهای ما با ذکر مثال.
چهارم	توضیح راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان و جایگزین کردن راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان به جای راهبردهای دردسر ساز قبلی.
پنجم	اعتبار بخشی و بهنجار سازی احساسات جهت پذیرش هیجان‌های سخت مانند احساس پریشانی؛ استفاده از تمثیل خوش آمدگویی به هیجان‌ها (به عنوان میهمان) در راستای تقویت باور گذرا بودن هیجانات.
ششم	مرتبط کردن هیجان‌های دشوار با ارزش‌های متعالی با ذکر مثال، استفاده از استعاره هیولاهای داخل اتوبوس جهت آموزش فضاسازی برای هیجانات.
هفتم	آموزش ذهن آگاهی و انجام تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی مانند آرمیدگی پیشرونده عضلانی، تصویر سازی ذهنی مثبت و تنفس دیافراگمی.
هشتم	ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا، آماده کردن اعضا برای پایان درمان، کمک به تداوم آموخته‌های جدید از طریق بررسی موانع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آن‌ها، دریافت بازخورد از اعضا راجع به کمیت، کیفیت و اثربخشی جلسات درمانی و اجرای پس آزمون.

مداخله رفتار درمانی دیالکتیک: رفتار درمانی دیالکتیک بر اساس الگوی لینهان[1] (۱۹۸۷) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شد؛ همچنین قبلا این پروتکل در ایران توسط پهلوان و همکاران (۱۴۰۱) اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات ارائه شده است. خلاصه محتوا در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

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

یافته ها

در این مطالعه در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند، اما به سبب ریزش تا مرحله پیگیری هر یک از گروه‌ها به ۱۳ نفر تقلیل یافتند، این افراد جلسات درمانی را تا انتها تکمیل نکردند و مایل به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل (۱۶/۳۳±۰/۸۹)، طرحواره درمانی هیجانی (۱۶/۰۴±۱/۰۱) و رفتار درمانی دیالکتیک (۱۶/۰۴±۱/۰۱) تقریبا مشابه بود. از نظر تحصیلات در در گروه کنترل ۵ نفر پایه دهم، ۶ نفر پایه یازدهم و ۲ نفر پایه دوازدهم بودند. در گروه طرحواره درمانی هیجانی ۴ نفر پایه دهم، ۵ نفر پایه یازدهم و ۴ نفر پایه دوازدهم بودند. در گروه رفتار درمانی دیالکتیک ۵ نفر پایه دهم، ۳ نفر پایه یازدهم و ۵ نفر پایه دوازدهم بودند. از نظر تحصیلات پدران در گروه کنترل ۴ نفر بی‌سواد و ۹ نفر سیکل یا دیپلم بودند؛ در گروه طرحواره درمانی هیجانی ۶ نفر بی‌سواد و ۷ نفر سیکل یا دیپلم بودند و در نهایت در گروه رفتار درمانی دیالکتیک ۷ نفر بی‌سواد و ۶ نفر دارای سیکل یا دیپلم بودند. از نظر تحصیلات مادران در گروه کنترل ۴ نفر بی‌سواد و ۹ نفر

1 Linehan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

سیکل یا دیپلم بودند، در گروه طرحواره درمانی هیجانی ۹ نفر بی‌سواد و ۴ نفر سیکل یا دیپلم بودند؛ در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک ۳ نفر بی‌سواد و ۱۰ نفر سیکل یا دیپلم بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر خودانتقادی و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر خودانتقادی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
خودانتقادی	پیش آزمون	کنترل	۷۵/۴۶	۶/۴۵	۰/۸۹	۰/۰۹
		طرحواره درمانی هیجانی	۷۶/۶۹	۷/۵۰	۰/۹۷	۰/۸۳
		رفتار درمانی دیالکتیک	۷۸/۵۳	۵/۸۹	۰/۹۱	۰/۱۹
	پس آزمون	کنترل	۷۷/۰۷	۸/۴۶	۰/۹۶	۰/۷۵
		طرحواره درمانی هیجانی	۶۵/۶۹	۸/۰۹	۰/۹۵	۰/۵۳
		رفتار درمانی دیالکتیک	۵۲/۵۳	۷/۳۶	۰/۹۶	۰/۸۳
	پیگیری	کنترل	۷۰/۳۸	۵/۸۱	۰/۹۰	۰/۱۷
		طرحواره درمانی هیجانی	۶۷/۱۵	۸/۵۸	۰/۹۸	۰/۹۹
		رفتار درمانی دیالکتیک	۵۰/۳۰	۶/۳۴	۰/۹۶	۰/۷۶

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر خودانتقادی داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر خودانتقادی به تفکیک مراحل سنجش (P=۰/۴۵، F=۱/۱۱) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر خودانتقادی (P=۰/۵۱، W=۰/۹۶) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر خودانتقادی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۶	۵۶/۵۵	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۷۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۵۶/۵۵	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۷۶	۱
	اثر هتلینگ	۳/۲۳	۵۶/۵۵	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۷۶	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۳/۲۳	۵۶/۵۵	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۷۶	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۵۶/۵۵، ۰/۷۶=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای خودانتقادی در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خودانتقادی	زمان	۴۵۴۰/۶۶	۲	۲۲۷۰/۳۳	۴۹/۰۹	۰/۰۱	۰/۵۸	۱
	زمان*گروه	۳۱۰۸/۷۱	۴	۷۷۷/۱۸	۱۶/۸۰	۰/۰۱	۰/۴۸	۱
	خطا	۳۳۲۹/۹۴	۷۲	۴۶/۲۵				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

بین گروهی	۳۸۹۶/۹۹	۲	۱۹۴۸/۰۰	۳۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۶۲	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر خودانتقادی (P=۰/۰۱، F=۳۰/۰۷، η=۰/۶۲) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر خودانتقادی

مراحل سنجش		کنترل		طرحواره درمانی هیجانی		رفتار درمانی دیالکتیک	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۱	۱/۰۰	۱۱/۰۰	۰/۰۱	۲۶/۰۰	۰/۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۰۷	۰/۲۳	۹/۵۳	۰/۰۱	۲۸/۲۳	۰/۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۶/۶۹	۰/۰۹	۱/۴۶	۱/۰۰	۲/۲۳	۱/۰۰
مقایسه بین گروهی		طرحواره * کنترل		دیالکتیک * کنترل		طرحواره * دیالکتیک	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۴/۴۶	۰/۰۶	۱۳/۸۴	۰/۰۱	۹/۳۸	۰/۰۱

نتایج جدول فوق گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث کاهش خودانتقادی شده‌اند. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های طرحواره درمانی هیجانی و کنترل (P=۰/۰۶) تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیک و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع فقط رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر کاهش خودانتقادی تا مرحله پیگیری داشته است؛ همچنین بین دو گروه درمانی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۱) در واقع فقط رفتار درمانی دیالکتیک تاثیر معناداری بر کاهش خودانتقادی در طول زمان داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودانتقادی نوجوانان بدسرپرست انجام شد. یافته اول نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی نسبت به گروه کنترل در مراحل سنجش باعث کاهش خودانتقادی نوجوانان شده است، اما در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری ندارد؛ در مورد اثربخشی این درمان بر کاهش خودانتقادی تا پس‌آزمون این یافته با پژوهش‌های علمی و همکاران (۱۴۰۳)، ثلاثی و همکاران (۱۴۰۲)، محمدی و جبل عاملی (۱۴۰۲)، دیژوس و مهلر[1] (۲۰۲۱) و رلوفتس[2] و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود؛ در تبیین می‌توان گفت طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند با هدف قرار دادن الگوهای شناختی-هیجانی ناسازگار که از طریق تجربیات نامطلوب شکل گرفته‌اند، خودانتقادی را در نوجوانان بدسرپرست کاهش دهد. این رویکرد به نوجوانان کمک می‌کند تا طرحواره‌های منفی عمیقاً ریشه‌دار - مانند نقص یا شکست را که افکار خودانتقادی را تقویت می‌کنند، شناسایی و به چالش بکشند (محمدی و جبل عاملی، ۱۴۰۲). با بازسازی این طرحواره‌ها، درمان، درونی‌سازی سرزنش و شرم مرتبط با بدرفتاری گذشته را کاهش می‌دهد (رلوفتس و همکاران، ۲۰۱۶). مزایای کوتاه‌مدت از تکنیک‌هایی مانند بازآفرینی شناختی، که مستقیماً با روایت‌های خود تنبیهی مقابله می‌کند، و کار با ذهنیت‌ها که تمرکز را از حالت‌های "والد تنبیه‌گر" به دیدگاه‌های سالم‌تر "خود-مشفق" تغییر می‌دهد، ناشی می‌شود (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲). مهارت‌های تنظیم هیجان که در جلسات آموزش داده می‌شوند، مانند پذیرش و مدیریت خشم، ابزارهای فوری برای قطع خودانتقادی فراهم می‌کنند (علمی و همکاران، ۱۴۰۳). مداخلات گروهی، کشمکش‌ها را بیشتر عادی می‌کنند،

1 Dixius & Möhler
2 Roelofs

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

انزوا را کاهش می‌دهند و استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه را تقویت می‌کنند (محمدی و جبل عاملی، ۱۴۰۲). مطالعات نشان می‌دهد که این مکانیسم‌ها منجر به کاهش قابل اندازه‌گیری در نمرات خودانتقادی در عرض چند هفته می‌شوند، به ویژه هنگام پرداختن به اجتناب هیجانی ناشی از طرحواره‌ها (دیژوس و مهلر، ۲۰۲۱). در حالی که تغییر طرحواره در درازمدت نیاز به تلاش مداوم دارد، دستاوردهای کوتاه‌مدت از مختل کردن چرخه خودارزیابی منفی از طریق تکنیک‌های شناختی و رفتاری ساختاریافته ناشی می‌شوند؛ بر این اساس انتظار می‌رود که در کوتاه مدت این درمان اثرات قابل توجه‌ای بر کاهش خودانتقادی داشته باشد. اما یافته حاضر گویایی این است که این درمان نقش موثری بر کاهش خودانتقادی در طول زمان ندارد، به‌عبارت دیگر تاثیر آن کوتاه مدت است؛ در یک تبیین احتمالی می‌توان به پایین بودن حجم نمونه در هر گروه اشاره کرد که تغییرات کوچک در هر یک از گروه‌ها نقش موثری بر معناداری و عدم معناداری دارد؛ همچنین در این مطالعه میانگین گروه کنترل نیز در طول زمان در نوسان بوده است؛ با وجود اینکه اعضای گروه کنترل با گروه‌های مداخله هیچ گونه ارتباطی نداشتند و هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در مجموع می‌توان این کاهش را سایر عوامل نسبت داد که در نمونه کوچک اثر این تغییرات بسیار مملوس است.

یافته دوم نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور معنادار تا پیگیری منجر به کاهش خودانتقادی نوجوانان شده است؛ این یافته با پژوهش‌های کتاگاسنر[1] و همکاران (۲۰۲۱)، رامسی[2] و همکاران (۲۰۲۱)، پرکینز و همکاران (۲۰۲۰)، مهلوم[3] و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود، در تبیین می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیک با پرداختن به الگوهای شناختی و هیجانی ریشه‌دار در تروما از طریق مهارت‌آموزی ساختاریافته، خودانتقادی را در نوجوانان مورد آسیب دیده کاهش می‌دهد. رفتاردرمانی دیالکتیک شامل بازسازی شناختی برای به چالش کشیدن روایت‌های خودسرزنشگر است و به نوجوانان کمک می‌کند تا احساس گناه مرتبط با آزار و اذیت را به عنوان رویدادهای خارجی به جای شکست‌های شخصی تغییر دهند (پرکینز و همکاران، ۲۰۲۰). مهارت‌های تنظیم هیجان، مانند ذهن آگاهی و تحمل پریشانی، چرخه‌های خودارزیابی منفی را با آموزش نوجوانان برای مشاهده احساسات بدون قضاوت قطع می‌کنند (رامسی و همکاران، ۲۰۲۱). رفتاردرمانی دیالکتیک با اولویت دادن به کسب مهارت بر بینش انتزاعی، ابزارهای فوری برای جایگزینی افکار خودتنبیهی با استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه ارائه می‌دهد که منجر به کاهش قابل اندازه‌گیری در نمرات خودانتقادی در عرض چند هفته می‌شود و می‌تواند اثر طولانی مدتی در زمان داشته باشد (کتاگاسنر و همکاران، ۲۰۲۱). ساختار رفتاردرمانی دیالکتیک محیطی امن ایجاد می‌کند که در آن نوجوانان احساس می‌کنند شنیده و درک می‌شوند. این امر اعتماد و گشودگی را که برای بهبودی ضروری است، افزایش می‌دهد. با گذشت زمان، تقویت مداوم خودشفقتی در رفتاردرمانی دیالکتیک، شرم و خودارزیابی منفی را کاهش می‌دهد. همانطور که نوجوانان این ابزارها را ادغام می‌کنند، دیدگاه متعادل‌تر و بخشنده‌تری نسبت به خود ایجاد می‌کنند (مهلوم و همکاران، ۲۰۱۴).

یافته سوم نشان داد که رفتادرمانی دیالکتیک در مقایسه با طرحواره درمانی هیجانی به‌طور معنادار باعث کاهش خودانتقادی نوجوانان شده است؛ در بررسی پژوهش‌های پیشین مطالعه‌ای یافت نشد که به‌طور مشخص به مقایسه این دو درمان بر خودانتقادی نوجوانان بپردازد، اما در مطالعات مشابه کلانتریان و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که رفتادرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی هر دو اثر یکسانی بر کاهش پریشانی روانشناختی و اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی داشتند. همچنین رحمانی مقدم و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای سازش‌یافتهٔ تنظیم هیجان بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک در معلولان جسمی‌حرکتی بود. صبری و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که دو درمان بر تکانشگری و بد تنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر مشابه‌ای داشتند. رفتاردرمانی دیالکتیک به دلیل "مداخلات فوری مبتنی بر مهارت" که اختلال در تنظیم هیجان و الگوهای رفتاری را هدف قرار می‌دهد، اثربخشی بالاتری نسبت به طرحواره درمانی در کاهش خودانتقادی در میان نوجوانان بدسرپرست نشان داده است. تأکید رفتاردرمانی دیالکتیک بر آموزش ذهن آگاهی با آموزش نوجوانان برای مشاهده خودقضاوت‌های منفی بدون قضاوت و کاهش شدت هیجانات آن‌ها، چرخه‌های تفکر خودانتقادی را مختل می‌کند (کلانتریان و همکاران، ۲۰۲۳). ماژول‌های تحمل پریشانی این درمان، استراتژی‌های مشخصی (مانند تکنیک‌های خودآرام‌سازی، مهارت‌های بقا در بحران) را برای مدیریت محرک‌های خودسرزنشی بدون توسل به مکانیسم‌های مقابله‌ای مضر ارائه می‌دهد (صبری و همکاران، ۱۴۰۰). برخلاف طرحواره درمانی، که بر بازسازی طرحواره‌های ناسازگار عمیق در طول زمان تمرکز دارد. رفتاردرمانی دیالکتیک تغییر رفتاری متمرکز بر زمان حال را در اولویت قرار می‌دهد و ابزارهای سریعی را برای مقابله با روایت‌های خودتنبیهی از طریق ایفای نقش و تمرین‌های بازسازی شناختی ارائه می‌دهد (کمال و

1 Kothgassner
2 Ramsey
3 Mehlum

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

همکاران، ۱۴۰۳). مطالعات، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را در کاهش کمال‌گرایی - یکی از محرک‌های کلیدی خودانتقادی - با تغییر انتظارات غیرواقعی از خود به اهداف انطباقی برجسته می‌کنند (شقاقی شهری و هاشمی، ۲۰۲۴). در حالی که طرحواره‌درمانی نیازهای عاطفی اساسی را هدف قرار می‌دهد، پروتکل ساختاریافته و مبتنی بر مرحله رفتاردرمانی دیالکتیک تسلط سریع‌تر بر مهارت‌های تنظیم هیجان را تضمین می‌کند و منجر به کاهش قابل اندازه‌گیری در نمرات خودانتقادی در بازه‌های درمانی کوتاه‌تر می‌شود.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به طرحواره درمانی هیجانی در طول زمان تاثیر بیشتر بر کاهش خودانتقادی نوجوانان بدسرپرست داشته است. در نتیجه، تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت‌های عملی، تنظیم هیجان و تغییر رفتار در زمان واقعی، نوجوانان بدرسرپرست را به ابزارهای مؤثری برای مدیریت و کاهش خودانتقادی مجهز می‌کند که نسبت به طرحواره‌درمانی هیجانی، کارآمدتر است. رویکرد جامع آن، که شامل ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی و مشارکت خانواده است، هم الگوهای شناختی درونی و هم عوامل محیطی بیرونی را مورد توجه قرار می‌دهد و منجر به بهبودهای پایدارتری در طول زمان می‌شود. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان یک مداخله‌ی به‌ویژه تأثیرگذار برای کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت به خود در این جمعیت آسیب‌پذیر، برجسته است. مطالعه حاضر در نمونه محدودی از دانش‌آموزان خانواده‌های بدسرپرست شهر همدان به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم‌دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین حجم نمونه پایین، ریزش حجم نمونه تا پایان سنجش پیگیری، عدم کنترل زمینه‌های اقتصادی و فرهنگی خانواده و عدم اجرای مداخله همزمان در والدین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده تحت پوشش قرار گیرد. در زمینه کاربردی اجرای رفتار درمان دیالکتیک و سپس طرحواره درمانی هیجانی به منظور کاهش خودانتقادی در نوجوانان بدسرپرست پیشنهاد می‌شود.

منابع

پهلوان، ف.، رمضانی، خ.، و رسولی، ی. (۱۴۰۱). اثر بخشی "رفتار درمانی جدلی" برنیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۱۱* (۵)، ۷۹-۶۶. https://jhpm.ir/article-1-1495-fa.html

ثلاثی، ب.، رمضانی، م. الف.، و جهان، ف. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنش‌گری و شرم در معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله علوم روانشناختی، ۲۲ (۱۲۱)، ۱۵۳-۱۷۰. https://psychologicalscience.ir/article-1-1982-fa.html

رحمانی مقدم، ف.، باقرزاده گل مکانی، ز.، توزنده جانی، ح.، و نجات، ح. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانی در معلولین جسمی حرکتی. *مجله مطالعات ناتوانی، ۱۲*، ۴۴-۴۴. https://jdisabilstud.org/article-1-2710-fa.html

شفقی، م.، و سعادت، س. (۱۴۰۲). نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و پرخاشگری در نوجوانان دختر. *رویش روان شناسی، ۱۲* (۹)، ۱۸۸-۱۷۹. https://frooyesh.ir/article-1-4764-fa.html

صبری، و.، یعقوبی، ح.، حسنی، ج.، و محمودعلیلو، م. (۱۴۰۰). تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح واره درمانی هیجانی در تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرح واره های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۹*(۲)، ۱-۱۶. https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13899.1048

صمدی، ف.، بحرینیان، س. ع.، رازجویان، ک.، و شهابی‌زاده، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان ۱۲- ۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی. *رویش روان شناسی، ۱۲* (۳)، ۶۶-۵۵. https://frooyesh.ir/article-1-4633-fa.html

علمی، ز.، سوداگر، ش.، حسین زاده تقوی، م.، صلاحیان، الف.، و حسینی شکوه، س. ج. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرح واره درمانی و شفقت درمانی بر خود انتقادی و استیگما در مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۴* (۶۷)، ۱۰۷۵-۱۰۸۸. https://www.magiran.com/paper/citation?ids=2781785

کمال، الف. الف.، شهابی‌زاده، ف.، و آهی، ق. (۱۴۰۱). اثربخشی ترکیبی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و کاهش اضطراب. *مجله علوم پزشکی فیض، ۲۶* (۵)، ۵۵۹-۵۴۸. https://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4668-fa.html

لیهی، ر. (۲۰۱۵). *رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی*. ترجمه حسین زیرک و راحله آزادی (۱۴۰۲). انتشارت ارجمند، تهران.

محمدی، م.، و جبل عاملی، ش. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۷* (۷۰)، ۲۴۴-۲۲۱. https://etiadpajohi.ir/article-1-3017-fa.html

Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., & McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *60*(9), 1105-1115. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33539915/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]

Cano-Lozano, M. C., León, S. P., & Contreras, L. (2021). Relationship between punitive discipline and child-to-parent violence: The moderating role of the context and implementation of parenting practices. *International journal of environmental research and public health*, *19*(1), 182. https://doi.org/10.3390/ijerph19010182

Choi, B. H., Pos, A. E., & Magnusson, M. S. (2016). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, *26*(4), 484-499. https://psycnet.apa.org/record/2016-27049-010

Cook, D. R. (1987). Measuring shame: The Internalized Shame Scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *4*(2), 197–215. https://doi.org/10.1300/J020v04n02_12

Dahouri, A., Mirghafourvand, M., Zahedi, H., Maghalian, M., & Hosseinzadeh, M. (2025). Prevalence of child to parent violence and its determinants: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *25*(1), 1426. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22600-y

Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Wilson, L. A., & Forooshani, S. (2019). Emotional schema therapy improves emotion regulation in individuals with a history of child abuse and neglect. *International Journal of Cognitive Therapy*, *12*, 5-15. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0036-7

Dixius, A., & Möhler, E. (2021). Feasibility and effectiveness of a new short-term psychotherapy concept for adolescents with emotional dysregulation. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 585250. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.585250

Edwards, E. R., & Wupperman, P. (2019). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*, *23*(1), 3-14. https://doi.org/10.1111/cp.12171

Hemmati Sabet, V., Hoseini, S. A., Afsharinia, K., & Arefi, M. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy on temperament and character dimensions and cognitive emotion regulation strategies in patients with HIV. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal*, *3*(2), 138-147. http://ieepj.hormozgan.ac.ir/article-1-264-en.html

Kalantarian, E., Homaei, R., & Bozorgi, Z. D. (2023). Effects of Emotional Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Psychological Distress and Cognitive-Behavioral Avoidance in Patients with Bipolar II Disorder. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, *12*(4), e138135. https://doi.org/10.5812/mcj-138135

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *51*(7), 1057-1067. https://doi.org/10.1017/S0033291721001355

Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, *9*(3), 177-190. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722902800487

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders*, *1*(4), 328-333. https://psycnet.apa.org/record/1990-10352-001

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, *53*(10), 1082-1091. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003

Miklowitz, D. J., Ichinose, M. C., Weintraub, M. J., Merranko, J. A., & Singh, M. K. (2025). Family conflict, perceived criticism, and aggression in symptomatic offspring of parents with mood disorders: results from a clinical trial of family-focused therapy. *JAACAP open*, *3*(1), 73-84. https://doi.org/10.1016/j.jaacop.2024.01.008

Nazir, S., Kazmi, S. F., & Dil, S. (2023). Application of Dialectical Behaviour Therapy with CSA Related PTSD Among Young Adolescents. *Pakistan Journal of Social Sciences*, *43*(4), 597-606. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38406961/

Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, *24*(2), 213-223. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6405261/

Perkins, N. M., Ortiz, S. N., & Smith, A. R. (2020). Self-criticism longitudinally predicts nonsuicidal self-injury in eating disorders. *Eating disorders*, *28*(2), 157-170. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31829807/

Ramsey, W. A., Berlin, K. S., Del Conte, G., Lightsey, O. R., Schimmel-Bristow, A., Marks, L. R., & Strohmer, D. C. (2021). Targeting self-criticism in the treatment of nonsuicidal self-injury in dialectical behavior therapy for adolescents: A randomized clinical trial. *Child and adolescent mental health*, *26*(4), 320-330. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33608976/

Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N. J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *Journal of child and family studies*, *25*, 2246-2257. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4906065/

Shaghaghi-Shahri, S., & Hashemi, M. (2024). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Reducing Negative Perfectionism in Perfectionist Adolescents. *Preventive Counseling*, *5*(3), 105-117. https://jpc.uma.ac.ir/article_3127.html

Shahzadi, M., Khawar, R., Habib, S., & Jabeen, M. (2023). Parenting and Self-Criticism among Offspring: A Systematic Review. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, *11*(2), 1172-1184. https://www.internationalrasd.org/journals/index.php/pjhss/article/view/1294

Singh, P. (2024). Perceived Parenting Practices and Health-risk Behaviours Among Indian Adolescents: the Mediating Role of Emotion-regulation Difficulties. *Journal of Child and Family Studies*, *112*, 1-17. https://doi.org/10.1007/s10826-024-02950-8

Steil, R., Schneider, A., & Schwartzkopff, L. (2022). How to treat childhood sexual abuse related PTSD accompanied by risky sexual behavior: a case study on the use of dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *33*, 1-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35600534/

Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, *36*(2), 419-430. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5

Zou, H., Chen, Z., Huo, L., Kong, X., Ling, C., Wu, W., ... & Zhang, W. (2024). The effects of different types of parent-child conflict on non-suicidal self-injury among adolescents: the role of self-criticism and sensation seeking. *Current Psychology*, *43*(24), 21019-21031. https://doi.org/10.1007/s12144-024-05869-x

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.171]