

اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتار خودجرحی

The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Impulsivity, Rumination, and Resilience in Adolescents with Self-Injurious Behavior

Mahdieh Alavi

Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

Baratali Ghavami*

Department of Consulting, Qu.C., Islamic Azad University, Quchan, Iran. ghavvami@gmail.com

Mohammad Mohammadipour

Department of Psychology, Qu.C., Islamic Azad University, Quchan, Iran.

مهدیه علوی

گروه روان شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

براتعلی قوامی (نویسنده مسئول)

گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

محمد محمدی پور

گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on impulsivity, rumination, and resilience among adolescents with self-injurious behaviors. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design including a control group and a one-month follow-up period. The statistical population consisted of girl students with self-injurious behaviors in Tehran during the 2024–2025 academic year. The sample consisted of 40 participants, purposively selected and randomly assigned to an experimental group (20) and a control group (20). The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton et al., 1995), the Ruminative Responses Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) were used to collect data. In addition, an 8-session CBT protocol (one session per week, each lasting 90 minutes) was implemented as the intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings indicated that there were significant differences between the pretest and posttest stages in the variables of impulsivity, rumination, and resilience ($p < 0.001$). Moreover, there was no significant difference between the post-test and follow-up stages ($p > 0.001$). The results showed that CBT significantly reduced impulsivity and rumination while increasing resilience among adolescents with self-injurious behaviors. The stability of these effects at the follow-up stage also indicates the effectiveness and efficiency of this therapeutic approach in improving the psychological indicators of this group of adolescents.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Impulsivity, Resilience, Rumination, Self-Injurious

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتار خودجرحی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر دارای رفتار خودجرحی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. تعداد نمونه ۴۰ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگذاری شدند. از مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11، پاتون و همکاران، ۱۹۹۵)، مقیاس نشخوار فکری (RRS، نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۱)، پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RISC، کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، و همچنین پروتکل ۸ جلسه‌ای (هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) در درمان شناختی رفتاری برای جمع‌آوری داده‌ها و مداخله استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد تفاوت معناداری بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری ($p < 0.001$) وجود دارد. همچنین بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود نداشت ($p > 0.001$). نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به طور معناداری موجب کاهش تکانشگری و نشخوار فکری و افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دارای رفتار خودجرحی شود. همچنین پایداری این اثرات در مرحله پیگیری بیانگر اثربخشی و کارآمدی این رویکرد درمانی در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی این گروه از نوجوانان است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری گروهی، تکانشگری، نشخوار

فکری، تاب‌آوری، خودجرحی.

مقدمه

دوره نوجوانی^۱ یکی از مراحل مهم و حساس رشد انسان است که با تغییرات گسترده زیستی، شناختی و اجتماعی-هیجانی همراه است (بیرز^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). در این دوره، نوجوانان با تحولات قابل توجهی در شکل‌گیری هویت، رشد استقلال، روابط اجتماعی و تنظیم هیجانات خود مواجه می‌شوند. شدت هیجانات، فشارهای اجتماعی و تحصیلی، تغییرات هورمونی و رشد ناتمام برخی ساختارهای مغزی مرتبط با کنترل رفتار و تصمیم‌گیری می‌تواند نوجوانان را در معرض رفتارهای پرخطر و ناسازگارانه قرار دهد (هاپالا^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از چالش‌های مهم سلامت روان در دوره نوجوانی، بروز رفتارهای خودجراحی^۴ است (موراواسکا^۵ و همکاران، ۲۰۲۶). رفتار خودجراحی که در بسیاری از منابع با عنوان خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی گرایانه نیز شناخته می‌شود، به رفتارهایی اطلاق می‌شود که در آن فرد به طور عمدی به بافت بدن خود آسیب وارد می‌کند، بدون آنکه قصد خودکشی داشته باشد و بدون آنکه این رفتار از نظر اجتماعی پذیرفته شده باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۲۲). نمونه‌هایی از این رفتارها شامل بریدن پوست، سوزاندن بدن، خراشیدن شدید یا ضربه زدن به خود است (تیلور^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). اگرچه هدف اصلی این رفتارها معمولاً پایان دادن به زندگی نیست، اما خودجراحی یکی از نگرانی‌های جدی در حوزه سلامت روان به شمار می‌آید و می‌تواند با مشکلات روان‌شناختی گسترده‌تری همراه باشد (کیو^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهد تقریباً ۲۳٪ از نوجوانان حداقل یک‌بار در زندگی خود و حدود ۱۹٪ در سال گذشته آسیب عمدی به خود را گزارش کرده‌اند (دی لوکا^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران نیز شیوع این رفتار میان نوجوانان، بین ۲۱/۴٪ تا ۳۹/۳٪ گزارش شده است (عباسی قهرمانلو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بسیاری از نوجوانان از رفتارهای خودجراحی به عنوان روشی ناکارآمد برای مقابله با هیجانات شدید و تجربه‌های روانی آزاردهنده استفاده می‌کنند. در واقع، این رفتارها ممکن است به طور موقت باعث کاهش تنش هیجانی، تخلیه احساسات منفی، یا ایجاد احساس کنترل بر وضعیت روانی شوند، اما در بلندمدت می‌توانند به تداوم مشکلات هیجانی و تقویت الگوهای ناسازگارانه مقابله‌ای منجر شوند (دینو آینتوان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴).

رفتارهای خودجراحی پدیده‌ای چندعاملی هستند و عوامل فردی، شناختی و هیجانی مختلفی می‌توانند در شکل‌گیری و تداوم آن نقش داشته باشند (وانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از این عوامل، تکانشگری^{۱۳} است که به تمایل فرد برای انجام رفتارهای سریع و بدون تأمل کافی درباره پیامدهای احتمالی آن‌ها اشاره دارد (هرونیس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴). افراد تکانشگر معمولاً در مهار تکانه‌ها، برنامه‌ریزی رفتار و به تأخیر انداختن پاسخ‌های رفتاری با مشکل مواجه هستند و بیشتر تحت تأثیر هیجانات لحظه‌ای عمل می‌کنند (ابوسعیدی جیرفتی و همکاران، ۱۴۰۴). در دوره نوجوانی، به دلیل رشد ناتمام بخش‌هایی از مغز که مسئول کنترل شناختی و تنظیم رفتار هستند، سطح تکانشگری در بسیاری از نوجوانان نسبتاً بالاتر است (کجیلکینز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۳). هنگامی که نوجوانان با هیجانات شدید مانند خشم، ناامیدی یا اضطراب مواجه می‌شوند و در عین حال از مهارت‌های کافی برای تنظیم این هیجانات برخوردار نیستند، تکانشگری می‌تواند احتمال انجام رفتارهای آسیب‌زا از جمله خودجراحی را افزایش دهد (ژو^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). در چنین شرایطی، خودجراحی ممکن است به عنوان واکنشی فوری به فشارهای هیجانی ظاهر شود، بدون آنکه فرد فرصت کافی برای ارزیابی پیامدهای آن یا انتخاب راهبردهای سازگارانه‌تر داشته باشد (شبه^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۵).

1 adolescence

2 Beyers

3 Haapala

4 self-injurious

5 Morawska

6 American Psychiatric Association

7 Taylor

8 Qu

9 De Luca

10 Abbasi-Ghahramanloo

11 de Neve-Enthoven

12 Wang

13 impulsivity

14 Hronis

15 Kjelkenes

16 Zhou

17 Xie

عامل روان شناختی مهم دیگری که می‌تواند با رفتارهای خودجرحی مرتبط باشد، نشخوار فکری^۱ است و به الگویی از تفکر تکراری، منفعلانه و متمرکز بر هیجانات منفی، مشکلات شخصی و تجربه‌های ناراحت‌کننده اشاره دارد (لو و چنگ^۲، ۲۰۲۴). افرادی که به نشخوار فکری گرایش دارند، معمولاً به طور مداوم درباره مشکلات و احساسات منفی خود فکر می‌کنند، بدون آنکه این فرایند به حل مسئله یا کاهش ناراحتی آن‌ها منجر شود. این الگوی شناختی اغلب باعث تشدید و تداوم حالات هیجانی منفی مانند غمگینی، ناامیدی و احساس بی‌ارزشی می‌شود (وونگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). در نوجوانان، نشخوار فکری می‌تواند موجب افزایش تمرکز بر تجربه‌های منفی و بزرگ‌نمایی مشکلات شود و در نتیجه سطح ناراحتی روان‌شناختی را افزایش دهد. زمانی که افکار منفی به صورت مداوم در ذهن فرد تکرار می‌شوند و فرد قادر به متوقف کردن آن‌ها نیست، ممکن است برای رهایی موقت از این چرخه فکری آزاددهنده به رفتارهای خودجرحی روی آورد (روسایرو ویلیام و میراندا^۴، ۲۰۲۳).

در مقابل، تاب‌آوری^۵ یکی از عوامل محافظت‌کننده مهم در برابر مشکلات روان‌شناختی و رفتارهای آسیب‌زا محسوب می‌شود و به توانایی فرد در سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط دشوار، استرس‌ها و موقعیت‌های چالش‌برانگیز اشاره دارد (پلرین^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). افراد تاب‌آور قادرند با وجود تجربه فشارهای روانی، تعادل هیجانی خود را حفظ کنند و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر برای مدیریت مشکلات استفاده نمایند. تاب‌آوری معمولاً شامل مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و منابع فردی و اجتماعی مانند مهارت‌های حل مسئله، تنظیم هیجان، خودکارآمدی، امیدواری و حمایت اجتماعی است (دی کلرک و پیرا^۷، ۲۰۲۲). سطح بالاتر تاب‌آوری می‌تواند نقش مهمی در کاهش اثرات منفی استرس‌ها و مشکلات زندگی ایفا کند و افرادی که از تاب‌آوری بیشتری برخوردارند، معمولاً بهتر می‌توانند هیجانات منفی خود را مدیریت کنند، از حمایت دیگران بهره بگیرند و راهکارهای سازگارانه‌تری برای مواجهه با مشکلات انتخاب کنند و در نتیجه، احتمال کمتری دارد که برای مقابله با فشارهای روانی به رفتارهای ناسازگارانه‌ای مانند خودجرحی متوسل شوند (کومار و راتهی^۸، ۲۰۲۵). در مقابل، پایین بودن تاب‌آوری می‌تواند توانایی فرد در مقابله مؤثر با استرس و مشکلات هیجانی را کاهش دهد و خطر بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان را افزایش دهد (پن^۹ و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به پیچیدگی عوامل مرتبط با رفتارهای خودجرحی، رویکردهای درمانی و آموزشی متعددی برای کمک به نوجوانان در مدیریت هیجانات و کاهش این رفتارها طراحی شده‌اند. یکی از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در این زمینه، درمان شناختی رفتاری^{۱۰} است (ابارشی و همکاران، ۱۴۰۵). درمان شناختی رفتاری یک رویکرد ساختاریافته و هدف‌محور است که بر شناسایی و اصلاح الگوهای ناکارآمد فکری و رفتاری تمرکز دارد (نوک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس این رویکرد، نحوه تفسیر و ارزیابی افراد از رویدادها نقش مهمی در شکل‌گیری هیجانات و رفتارهای آنان ایفا می‌کند. بنابراین، با تغییر افکار غیرمنطقی و ناکارآمد می‌توان به بهبود واکنش‌های هیجانی و رفتارهای فرد کمک کرد (بالاتا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی رفتاری معمولاً شامل مجموعه‌ای از فنون و راهبردها مانند بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، فعال‌سازی رفتاری، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان است (نسو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). در این فرایند، افراد می‌آموزند افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی را شناسایی کرده و آن‌ها را با افکار واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تر جایگزین کنند (نیکوآرا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، به آن‌ها کمک می‌شود تا رفتارهای سالم‌تر و راهبردهای مؤثرتری برای مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا و هیجانات شدید بیاموزند (است^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۳).

با وجود پژوهش‌های متعدد درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان، هنوز خلأهای مهمی در این حوزه وجود دارد؛ به‌ویژه اینکه بسیاری از مطالعات پیشین بر پیامدهایی مانند افسردگی و اضطراب تمرکز داشته‌اند و بررسی همزمان تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری، به‌خصوص در نوجوانان دختر دارای رفتار خودجرحی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از سوی

1 rumination

2 Lo & Cheng

3 Wong

4 Rosairo William & Miranda

5 resilience

6 Pellerin

7 De Clercq & Pereira

8 Kumar & Rathi

9 Pan

10 cognitive behavioral therapy

11 Nook

12 Balata

13 Nso

14 Nicoara

15 Ost

دیگر، شواهد تجربی در جامعه نوجوانان ایرانی محدود است، در حالی که رفتار خودجراحی تحت تأثیر عواملی مانند تکانشگری و نشخوار فکری افزایش می‌یابد و تاب‌آوری می‌تواند نقش محافظتی مهمی ایفا کند. با توجه به حساسیت دوره نوجوانی و پیامدهای جدی رفتارهای خودآسیب‌رسان برای سلامت روان، بررسی مداخلات مؤثر برای کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظتی در این جمعیت ضروری است. در این میان، کاربرد درمان شناختی رفتاری گروهی می‌تواند به متخصصان، مدارس و مراکز مشاوره کمک کند تا برنامه‌های مداخله‌ای کارآمدتری برای ارتقای تاب‌آوری و کاهش نشانه‌های مرتبط با رفتارهای خودجراحی ارائه دهند؛ از این رو انجام پژوهش حاضر اهمیت ویژه‌ای دارد. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتار خودجراحی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که جهت رفتارهای خودجراحی به مراکز مشاوره و روانشناسی منطقه ۵ تهران ارجاع داده شده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود. به منظور تعیین حجم نمونه از نرم افزار G-POWER برای برآورد حجم نمونه استفاده شد که در برآورد انجام شده حجم نمونه تعداد ۴۰ نفر بدست آمد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود شامل نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله با تشخیص رفتار خودجراحی توسط متخصص روان‌شناسی یا روان‌پزشکی و سابقه این رفتار در شش ماه گذشته بود که توانایی حضور منظم در جلسات درمانی را داشتند. همچنین شرکت در پژوهش با رضایت‌نامه آگاهانه کتبی نوجوان و والدین یا سرپرستان قانونی انجام شد. ملاک‌های خروج شامل وجود افکار یا برنامه خودکشی فعال، ابتلا به بیماری جسمی شدید، عدم حضور منظم در جلسات یا عدم پایبندی به پروتکل درمان، تغییر شرایط زندگی که مانع ادامه حضور شود، و دریافت همزمان سایر درمان‌هایی بود که می‌توانست بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. گروه آزمایش به صورت گروه تحت درمان به روش شناختی-رفتاری (پروتکل ۸ جلسه‌ای هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) قرار گرفته و ۲۰ نفر گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی رعایت شد. شرکت‌کنندگان و والدین یا سرپرستان قانونی آنان پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف و روند پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی ارائه کردند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهند. در پایان پژوهش، به منظور رعایت عدالت در پژوهش، جلسات درمانی برای گروه گواه در صورت تمایل افراد برگزار شد. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۷ و از طریق روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس تکانشگری بارات^۱ (BIS-11): این مقیاس ۳۰ گویه‌ای توسط پاتون^۲ و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. گزینه‌های این ابزار براساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از بندرت/هرگز (امتیاز ۱) تا تقریباً همیشه (امتیاز ۴) نمره‌دهی می‌شود. در این ابزار ۱۱ عبارت منفی وجود دارد که امتیازبندی آن به صورت معکوس انجام می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۳۰ و حداکثر نمره ۱۲۰ است. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵). سالو و کاسترو^۳ (۲۰۱۳) در بررسی خود روایی سازه این مقیاس را برابر ۰/۷۲ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۵ و به روش بازآزمایی یک ماهه برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران نیز جاوید و همکاران (۱۳۹۱) به اعتباریابی این مقیاس پرداختند و روایی همگرای این مقیاس را با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر برای بی‌برنامگی ۰/۸۰، تکانشوری حرکتی ۰/۷۴ و تکانشوری شناختی ۰/۴۷ گزارش کردند. پایایی کل مقیاس تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی یک ماهه مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمده است. بعلاوه در پژوهش جهانی و همکاران (۱۴۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای نوجوانان دختر ۰/۶۷، نوجوانان پسر ۰/۷۲ و

1 Barratt Impulsiveness Scale

2 Patton

3 Salvo & Castro

کل نوجوانان ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی کلی مقیاس تکانشگری ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس نشخوار فکری^۱ (RRS): این مقیاس توسط نولن- هوکسما و مارو^۲ در سال ۱۹۹۱ طراحی شده و دارای ۲۲ سؤال است که با استفاده از مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره گذاری می‌شود. نمره کل آن از طریق مجموع نمره گویه‌ها بدست می‌آید. دامنه نمرات از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است بصورتی که نمره‌ی کسب شده بالا توسط فرد نشخوار فکری بیشتر را نشان می‌دهد. روایی سازه مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی ۰/۸۲ و پایایی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمده است (نولن- هوکسما و مارو، ۱۹۹۱). این مقیاس در ایران توسط باقری نژاد و همکاران (۱۳۸۹) اعتباریابی شده است که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است و همچنین روایی همزمان ابزار با سیاهه افسردگی بک و کلارک (۱۹۹۸) برابر با ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری^۳ (CD-RISC): این مقیاس را کانر و دیویدسون^۴ (۲۰۰۳) تهیه کردند. این مقیاس ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس دارای پنج زیر مقیاس تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. نمره بیشتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر افراد است. آریاس گنزالز^۵ و همکاران (۲۰۱۵) پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آوردند و روایی آن را نیز با استفاده از روایی محتوایی ۰/۸۴ گزارش کردند. در ایران آهنگرزاده رضایی و رسولی (۱۳۹۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی آن را با استفاده از روایی محتوایی ۰/۹۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

درمان شناختی رفتاری^۶ (CBT): درمانی شناختی رفتاری بر اساس پروتکل درمانی هازلت-استیونز^۷ (۲۰۰۸) انجام شد که شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی هر هفته یک جلسه برگزار شد.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری هازلت و استیونز (۲۰۰۸)

جلسه	هدف و محتوای جلسات
اول	مقدمه‌ای بر آموزش روانی و شناسایی احساسات و مهارت‌های تعدیل عاطفی و معرفی و توضیح اصول اساسی درمان شناختی رفتاری، معرفی مفاهیم بنیادی درمان شناختی رفتاری از جمله افکار خودآیند و خطاهای شناختی، تنظیم زمان بندی جلسات، بحث درباره قوانین جلسات
دوم	ارزیابی، فرمول بندی و فراهم آوردن چارچوبی مفهومی درباره فرد شرکت کننده، مفهوم سازی مسائل شرکت کننده و پرکردن برگه کاری فرمول بندی و شروع مهارت‌های آرمیدگی یا خود تسکین دهنده
سوم	مقدمه بر روابط میان افکار و احساسات و رفتارها و تعیین دستور کار جلسه، هدف‌گزینی و تعیین هدف‌های درمانی به کمک بیمار، تهیه دفترچه یادداشت مخصوص درمان، برنامه ریزی فعالیت
چهارم	مروری بر مهارت‌های مقابله‌ای و تعیین دستور کار جلسه، شناسایی و تشخیص افکار خودآیند، تمرین ثبت افکار و واگذاری آن به بیمار به عنوان تکلیف خانگی
پنجم	تعیین دستور کار جلسه، تغییر و اصلاح افکار خودآیند، آموزش تکنیک جای‌گزینی افکار منطقی، معرفی فرم ثبت فعالیت هفتگی به عنوان تکلیف خانگی
ششم	تعیین دستور کار جلسه، تشخیص خطاهای شناختی، بررسی شواهد و تهیه کارت‌های مقابله
هفتم	تعیین دستور کار جلسه، طراحی تکلیف درجه بندی شده، استفاده از تکنیک روبرویی تجسمی
هشتم	بررسی فعالیت‌های انجام نشده، تکالیف خانگی و دفترچه یادداشت درمان، پاسخ به سوالات بیمار، جمع بندی

1 Rumination scale

2 Nolen-Hoeksema & Morrow

3 Connor-Davidson Resilience Scale

4 Connor & Davidson

5 Arias González

6 Cognitive-Behavioral Therapy

7 Hazlett-Stevens

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۴۰ شرکت‌کننده دختر مشارکت داشتند که در دو گروه ۲۰ نفری جایگذاری شدند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۱۵/۸۱ و ۲/۰۹ و میانگین و انحراف معیار گروه گواه ۱۵/۳۸ و ۱/۷۴ بود. در گروه آزمایش تعداد ۶ نفر در کلاس دهم، ۷ نفر کلاس یازدهم و ۷ نفر کلاس دوازدهم بودند و در گروه گواه ۵ نفر دهم، ۸ نفر یازدهم و ۷ نفر دوازدهم بودند. در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تکانشگری	۶۶/۷۰	۱۴/۸۴	۵۰/۲۰	۶/۷۱	۵۰/۹۰	۶/۶۲
درمان شناختی رفتاری	۶۸/۸۵	۱۰/۳۸	۶۹	۱۱/۱۵	۶۹/۳۵	۱۰/۹۱
گواه	۶۴/۵۵	۱۰/۲۹	۴۶/۴۵	۴/۶۵	۴۶/۶۵	۵/۰۵
نشخوار فکری	۶۴/۸۵	۱۰/۹۴	۶۵/۲۵	۱۰/۶۷	۶۵/۱۵	۱۱/۱۱
درمان شناختی رفتاری	۷۰/۲۰	۱۳/۸۷	۸۶/۷۵	۱۵/۳۹	۸۸/۳۵	۱۳/۶۲
تاب‌آوری	۷۱/۸۵	۱۰/۱۵	۷۱/۳۰	۱۰/۵۳	۷۱/۸۰	۷/۳۵
گواه						

جدول ۲ نشان می‌دهد نمرات افراد در پیش‌آزمون در دو گروه برابر و نزدیک هم هستند، اما نمرات دو گروه آزمایش در پس‌آزمون متغیرهای تکانشگری و نشخوار فکری نسبت به گروه گواه کاهش دارند. همچنین نمرات گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز با کاهش همراه هستند. در متغیر تاب‌آوری نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون با افزایش همراه است. به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش و انتخاب آزمون آماری مناسب، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، سطح معناداری برای متغیرهای تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری در گروه درمان شناختی-رفتاری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. همچنین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵، فرض همگنی واریانس خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار بود. علاوه بر این، نتایج آزمون ماوچلی نیز نشان داد که پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرهای تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل مانکوا

اثر	مقدار	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
ریشه پیلای	۰/۵۸	۲۵/۵۴	۲	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۲	۲۵/۵۴	۲	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
ریشه هاتلینگ	۱/۳۸	۲۵/۵۴	۲	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۳۸	۲۵/۵۴	۲	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱

نتایج آزمون چندمتغیری در جدول ۳ نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). مقدار اندازه اثر ($\eta^2 = ۰/۵۸$) نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از واریانس متغیرهای وابسته توسط مداخله تبیین شده است. همچنین توان آماری برابر با ۱ بیانگر کفایت حجم نمونه برای شناسایی این اثر معنادار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تکانشگری	درون گروهی	۹۶۷/۶۱	۱/۰۱۷	۹۵۱/۴۳	۲۹/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
	زمان*گروه	۱۰۷۱/۱۵	۱/۰۱۷	۱۰۵۳/۲۳	۳۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱

				۳۱/۷۹	۳۸/۶۴	۱۲۲۸/۵۶	خطا		
۰/۹۹	۰/۲۳	۰/۰۰۲	۱۱/۴۷	۳۳۷۰/۸۰	۱	۳۳۷۰/۸۰	گروه	بین گروهی	
۱	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۷/۷۹	۱۲۷۲/۴۲	۱/۴۶	۱۸۵۹/۴۶	زمان	درون گروهی	نشخوار فکری
۱	۰/۴۴	۰/۰۰۱	۳۰/۳۴	۱۳۸۹/۱۶	۱/۴۶	۲۰۳۰/۰۶	زمان*گروه		
				۴۵/۷۸	۵۵/۵۳	۲۵۴۲/۴۶	خطا		
۰/۹۹	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۲۱/۹۵	۴۲۷۲/۱۳	۱	۴۲۷۲/۱۳	گروه	بین گروهی	
۱	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۸/۳۱	۱۵۶۸/۱۲	۱/۲۹	۲۰۲۳/۱۱	زمان	درون گروهی	تاب آوری
۱	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۸/۲۱	۱۵۶۲/۸۷	۱/۲۹	۲۰۱۶/۳۵	زمان*گروه		
				۵۵/۳۸	۴۹/۰۲	۲۷۱۵/۲۰	خطا		
۱	۰/۱۴	۰/۰۱۵	۶/۵۰	۳۵۶۴/۳۰	۱	۳۵۶۴/۳۰	گروه	بین گروهی	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر زمان، تعامل زمان*گروه و اثر بین‌گروهی برای متغیرهای تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). بنابراین، نمرات این متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار داشته و بین گروه آزمایش (درمان شناختی-رفتاری) و گروه کنترل نیز تفاوت معنادار مشاهده شد. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه مراحل/گروه‌ها در متغیرهای تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری				
متغیر	مرحله/گروه	مرحله	تفاوت میانگین	سطح معناداری
تکانشگری	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۲۲*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۸۰*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۲	۰/۶۹۸
	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۳۰*	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	پیش آزمون	پیگیری	۸/۴۰*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۰	۰/۹۴۳
	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۳۲*	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۹/۰۵*	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۷۲	۰/۶۴۲
	پس آزمون	پیگیری	-۱۰/۶۰*	۰/۰۰۲
	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۱/۹۳*	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۰/۹۰*	۰/۰۱۵

نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۵ نشان داد که در متغیرهای تکانشگری و نشخوار فکری، نمره میانگین مرحله پس‌آزمون به طور معناداری کمتر از پیش‌آزمون بود و در متغیر تاب‌آوری نیز میانگین پس‌آزمون به طور معناداری بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p < ۰/۰۰۱$) و بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری در هیچ کدام از متغیرها مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری، نشخوار فکری و تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتار خودجراحی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری توانست میزان تکانشگری را در نوجوانان دارای رفتار خودجراحی کاهش دهد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های ابارشی و همکاران (۱۴۰۵)؛ بالاتا و همکاران (۲۰۲۳) و نیکوکار و همکاران (۲۰۲۳) بود. تکانشگری یکی از ویژگی‌های مهم در نوجوانانی است که رفتارهای خودآسیب‌رسان دارند و معمولاً به صورت واکنش‌های سریع، بدون تأمل و بدون در نظر گرفتن پیامدهای رفتار بروز می‌یابد. این نوع رفتارها تا حد زیادی ناشی از الگوهای فکری ناکارآمد، نقص

در تنظیم هیجان و ناتوانی در مهارت‌های حل مسئله است. در واقع زمانی که نوجوان با هیجان‌های منفی شدید مانند خشم، شرم یا ناامیدی مواجه می‌شود، به دلیل فقدان راهبردهای سازگارانۀ برای مدیریت این هیجان‌ها، ممکن است به صورت تکانشی رفتار کرده و به خودآسیبی روی آورد (هرونیس و همکاران، ۲۰۲۴). درمان شناختی-رفتاری با شناسایی و اصلاح افکار خودکار منفی و باورهای ناکارآمد به نوجوانان کمک می‌کند تا پیش از عمل کردن، فرآیند تفکر خود را مورد بررسی قرار دهند. این بازسازی شناختی باعث می‌شود فاصله‌ای میان محرک هیجانی و پاسخ رفتاری ایجاد شود و فرد فرصت بیشتری برای ارزیابی پیامدهای رفتار خود داشته باشد. در این درمان مهارت‌های تنظیم هیجان و کنترل تکانه آموزش داده می‌شود. نوجوانان یاد می‌گیرند هیجان‌های خود را شناسایی کرده و به جای واکنش‌های فوری، از راهبردهایی مانند توقف فکر، تنفس عمیق، خودگویی‌های سازگارانۀ و حل مسئله استفاده کنند (نوک و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، یکی از بخش‌های مهم در این روش آموزش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری است. این مهارت‌ها به نوجوانان کمک می‌کند تا در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا به جای واکنش‌های تکانشی، گزینه‌های مختلف را بررسی کرده و پیامدهای احتمالی هر رفتار را در نظر بگیرند. همچنین تمرین‌های رفتاری و تکالیف خانگی که در درمان شناختی-رفتاری ارائه می‌شود باعث می‌شود فرد به تدریج مهارت‌های کنترل رفتار را در موقعیت‌های واقعی زندگی تمرین کند. در نتیجه، این فرآیند درمانی موجب افزایش خودکنترلی، بهبود تنظیم هیجانی و کاهش رفتارهای تکانشی در نوجوانان می‌شود (بالاتا و همکاران، ۲۰۲۳).

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش نشخوار فکری در نوجوانان دارای رفتار خودجراحی شده است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های ابارشی و همکاران (۱۴۰۵)؛ نوک و همکاران (۲۰۲۳) و نسو و همکاران (۲۰۲۳) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت نشخوار فکری معمولاً با احساساتی مانند غم، اضطراب و احساس بی‌کفایتی همراه است و می‌تواند شدت هیجان‌های منفی را افزایش دهد. در نوجوانانی که رفتارهای خودآسیب‌رسان دارند، نشخوار فکری اغلب به عنوان عاملی تداوم‌بخش عمل می‌کند، زیرا تمرکز مداوم بر افکار منفی می‌تواند احساس درماندگی و فشار روانی را تشدید کرده و احتمال روی آوردن به رفتارهای ناسازگارانۀ مانند خودجراحی را افزایش دهد (لو و چنگ، ۲۰۲۴). در درمان شناختی-رفتاری درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا افکار خودکار منفی و الگوهای فکری تکراری را شناسایی کند و رابطه میان افکار، هیجان‌ها و رفتارها را بهتر درک نماید. این فرایند آگاهی‌بخشی شناختی سبب می‌شود نوجوانان متوجه شوند که بسیاری از افکار نشخواری آنان ممکن است تحریف‌شده یا غیرواقع‌بینانه باشد. در ادامه، با استفاده از تکنیک بازسازی شناختی، این افکار مورد چالش قرار گرفته و جایگزین‌های منطقی‌تر و سازگارانۀ تری برای آنها ارائه می‌شود (است و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، این درمان به نوجوانان مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که به آنان کمک می‌کند توجه خود را از چرخه‌های فکری منفی خارج کنند. آموزش مهارت‌های حل مسئله، برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه و افزایش درگیری در فعالیت‌های سازنده می‌تواند توجه فرد را از تمرکز صرف بر افکار منفی به سمت اقدام‌های عملی و سازگارانۀ هدایت کند. همچنین آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای باعث می‌شود نوجوانان بتوانند هیجان‌های منفی خود را به شیوه‌ای سالم‌تر مدیریت کنند و کمتر درگیر افکار تکراری و غیرسازنده شوند. همچنین این درمان با تقویت مهارت‌های ذهن‌آگاهی نسبی نسبت به افکار و افزایش فاصله‌گیری شناختی، به نوجوانان کمک می‌کند تا افکار خود را به عنوان رویدادهای ذهنی موقتی در نظر بگیرند، نه واقعیت‌های قطعی. این تغییر نگرش شناختی می‌تواند شدت و تداوم نشخوار فکری را کاهش دهد (نیکوآرا و همکاران، ۲۰۲۳).

یافته نهایی پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دارای رفتار خودجراحی شده است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های است و همکاران (۲۰۲۳)؛ نوک و همکاران (۲۰۲۳) و نسو و همکاران (۲۰۲۳) بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد نوجوانانی که رفتارهای خودآسیب‌رسان دارند معمولاً در مواجهه با فشارهای روانی، مشکلات بین‌فردی یا هیجان‌های شدید، از منابع مقابله‌ای کافی برخوردار نیستند و به همین دلیل ممکن است به رفتارهای ناسازگارانۀ روی آورند. از این رو، تقویت تاب‌آوری می‌تواند نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری روانی این گروه از نوجوانان داشته باشد (کومار و راتهی، ۲۰۲۵). درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند زمینه افزایش تاب‌آوری را فراهم کند. یکی از مؤلفه‌های مهم تاب‌آوری، داشتن نگرش واقع‌بینانه و انعطاف‌پذیر نسبت به مشکلات است. در این روش درمانی نوجوانان یاد می‌گیرند افکار منفی و باورهای ناکارآمد درباره خود، دیگران و آینده را شناسایی کرده و آنها را با افکار منطقی‌تر و سازگارانۀ تری جایگزین کنند. این تغییر در الگوهای شناختی باعث می‌شود فرد موقعیت‌های دشوار را کمتر تهدیدآمیز تلقی کرده و توانایی بیشتری برای مقابله با آنها احساس کند (بالاتا و همکاران، ۲۰۲۳). در درمان شناختی-رفتاری مهارت‌های تنظیم هیجان، مدیریت استرس و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانۀ آموزش داده می‌شود که به نوجوانان کمک می‌کند در مواجهه با هیجان‌های منفی یا موقعیت‌های فشارزا واکنش‌های مؤثرتری نشان دهند. از سوی

دیگر، انجام تمرین‌های رفتاری و تکالیف عملی در این روش موجب می‌شود نوجوانان تجربه‌های موفق در مدیریت مشکلات کسب کنند. این تجربه‌های موفق به تدریج اعتماد به توانایی‌های فردی را افزایش داده و نگرش مثبت‌تری نسبت به توانایی مقابله با چالش‌های آینده ایجاد می‌کند. در نتیجه، فرد به جای تسلیم شدن در برابر فشارهای روانی، از راهبردهای سازگارانه‌تری برای مواجهه با مشکلات استفاده می‌کند (نسو و همکاران، ۲۰۲۳).

در کل، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری با هدف قرار دادن الگوهای فکری ناکارآمد و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و مقابله‌ای، توانسته است تغییرات معناداری در مؤلفه‌های روان‌شناختی نوجوانان دارای رفتار خودجرحی ایجاد کند. کاهش تکانشگری و نشخوار فکری و در مقابل افزایش تاب‌آوری نشان می‌دهد که این رویکرد درمانی می‌تواند به بهبود شیوه‌های پردازش شناختی و واکنش‌های هیجانی نوجوانان کمک کند. در نتیجه، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش عوامل خطر و تقویت منابع روان‌شناختی در نوجوانان دارای رفتار خودجرحی مورد استفاده قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند اشاره کرد و همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. همچنین امکان کنترل کامل برخی متغیرهای فردی و خانوادگی مؤثر بر رفتار خودجرحی وجود نداشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این مطالعه با نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق و گروه‌های جمعیتی متفاوت تکرار شود و از روش‌های ارزیابی متنوع‌تری مانند مصاحبه‌های بالینی استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود از برنامه‌های مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری در مدارس و مراکز مشاوره برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و تقویت مهارت‌های روان‌شناختی نوجوانان بهره گرفته شود.

منابع

- ابارشی، ز؛ صرمی، ع؛ و رجبی، م. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان فرایندمدار و درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۵(۱۶۴).
<https://psychologicalscience.ir/article-1-3085-fa.html&sw>
- ابوسعیدی جبرفتی، ن؛ سیف جمالی جمال اباد، ف؛ نعمتی سوغلی تپه، ف؛ و معروف صوفیان، ا (۱۴۰۴). رابطه صفات تاریک شخصیت و قلدری سایبری با میانجیگری بی تفاوتی اخلاقی و تکانشگری در دانش آموزان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۱۱)، ۲۹۱-۳۰۰.
<http://frooyesh.ir/article-1-6139-fa.html>
- اهنگرزاده رضایی، س؛ و رسولی، م. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳ (۹)، ۷۴۷-۷۳۹.
<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-fa.html>
- باقری نژاد، م.، صالحی فدردی، ج. و طباطبایی، س. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱)، ۲۱-۳۸.
<https://doi.org/10.22067/ijap.v11i1.6910>
- جاوید، م؛ محمدی، ن؛ و رحیمی، ج. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۲(۸)، ۳۴-۲۳.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1>
- جهانی زنگیر، ح؛ اقبالی، م؛ و جعفرزاده داشبلاغ، ح. (۱۴۰۲). پیش‌بینی قلدری سایبری براساس تکانشگری، بی‌تفاوتی اخلاقی و صفات تاریک شخصیت در نوجوانان دارای وابستگی به فضای مجازی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۴)، ۱۹۶-۱۸۷.
<http://frooyesh.ir/article-1-4576-fa.html>
- Abbasi-Ghahramanloo, A., Khodadoust, B., Adham, D., Gholami, A., Farokhi, R., Maghsodlou-Nejad, V., & Afrashteh, S. (2024). Non-suicidal self-injury and its risk factors among Iranian high school and university students. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1425411. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1425411>
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, text revision (DSM-5-TR). 5th ed (2022) text revision.
- Arias González, V. B., Crespo Sierra, M. T., Arias Martínez, B., Martínez-Molina, A., & Ponce, F. P. (2015). An in-depth psychometric analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale: calibration with Rasch-Andrich model. *Health and quality of life outcomes*, 13, 154. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0345-y>
- Balata, M., Gbreel, M. I., Elrashedy, A. A., Westenfeld, R., Pfister, R., Zimmer, S., Nickenig, G., Becher, M. U., & Sugiura, A. (2023). Clinical effects of cognitive behavioral therapy in heart failure patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC complementary medicine and therapies*, 23(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04117-2>
- Beyers, W., Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2025). Autonomy in adolescence: a conceptual, developmental and cross-cultural perspective. *European Journal of Developmental Psychology*, 22(2), 121-141. <https://doi.org/10.1080/17405629.2024.2330734>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- De Clercq, D., & Pereira, R. (2022). Using resilience and passion to overcome bullying and lack of meaning at work: a pathway to change-oriented citizenship. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*. <https://doi.org/10.1108/JOEPP-06-2022-0163>

- De Luca, L., Pastore, M., Palladino, B. E., Reime, B., Warth, P., & Menesini, E. (2023). The development of non-suicidal self-injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 339, 648-659. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.091>
- De Neve-Enthoven, N. G. M., Ringoot, A. P., Jongerling, J., Boersma, N., Berges, L. M., Meijncens, D., Hoogendijk, W. J. G., & Grootendorst-van Mil, N. H. (2024). Adolescent nonsuicidal self-injury and suicidality: A latent class analysis and associations with clinical characteristics in an at-risk cohort. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(5), 1197-1213. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01922-3>
- Haapala, E. A., Leppänen, M. H., Kosola, S., Appelqvist-Schmidlechner, K., Kraav, S. L., Jussila, J. J., ... & Lakka, T. A. (2025). Childhood Lifestyle Behaviors and Mental Health Symptoms in Adolescence. *JAMA Network Open*, 8(2), e2460012-e2460012. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.60012>
- Hronis, A. Ma, S., & Ashworth, G. (2024). *Impulsivity and addictions*. Academic press. 131-143. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-13437-1.00006-9>
- Kjelkenes, R., Wolfers, T., Alnaes, D., van der Meer, D., Pedersen, M., Dahl, A., ... & Westlye, L. (2022). P403. Mapping Normative Trajectories of Cognitive Function and its Relation to Psychopathology Symptoms and Genetic Risk in Youth. *Biological Psychiatry*, 91(9), S250. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2022.01.007>
- Kumar, S., & Rathi, A. (2025). School-based yoga intervention for internet resilience and holistic well-being of adolescents. *Brain Behavior and Immunity Integrative*, 9, 100102. <https://doi.org/10.1016/j.bbii.2024.100102>
- Lo, B. C. Y., & Cheng, S. K. L. (2024). Emotional Risk Factors, Rumination, and Self-Criticism in Relation to Suicidal Ideation Among Chinese Depressive Outpatients. *Behavioral Sciences*, 14(11), 1111. <https://doi.org/10.3390/bs14111111>
- Morawska, A., Adina, J., Khan, A., & Turner, K. M. (2026). Parental Factors Associated with Social Media Use in Adolescence: A Systematic Review. *Journal of Adolescence*, 98(1), 51-68. <https://doi.org/10.1002/jad.70062>
- Nicoară, N. D., Marian, P., Petriș, A. O., Delcea, C., & Manole, F. (2023). A review of the role of cognitive-behavioral therapy on anxiety disorders of children and adolescents. *Pharmacophore*, 14(4-2023), 35-39. <https://doi.org/10.51847/IKULo5pB1T>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nook, E. C., Jaroszewski, A. C., Finch, E. F., & Choi Kain, L. W. (2022). A cognitive-behavioral formulation of narcissistic self-esteem dysregulation. *Focus*, 20(4), 378-388. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220055>
- Nso, N., Emmanuel, K., Nassar, M., Rezaei Bookani, K., Antwi-Amoabeng, D., Alshamam, M., Kondaveeti, R., Kompella, R., Lakhdar, S., Rizzo, V., Sorkin, M., Munira, M. S., & Radparvar, F. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cardiology in review*, 31(3), 139-148. <https://doi.org/10.1097/CRD.0000000000000439>
- Öst, L.-G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2023). Cognitive behavior therapy for adult anxiety disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 272-290. <https://doi.org/10.1037/cps0000144>
- Pan, N., Yang, C., Suo, X., Shekara, A., Hu, S., Gong, Q., & Wang, S. (2024). Sex differences in the relationship between brain gray matter volume and psychological resilience in late adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 1057-1066. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02231-7>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6)
- Pellerin, N., Raufaste, E., Corman, M., Teissedre, F., & Dambun, M. (2022). Psychological resources and flexibility predict resilient mental health trajectories during the French covid-19 lockdown. *Scientific Reports*, 12(1), 10674. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14572-5>
- Qu, D., Wen, X., Liu, B., Zhang, X., He, Y., Chen, D., ... & Chen, R. (2023). Non-suicidal self-injury in Chinese population: a scoping review of prevalence, method, risk factors and preventive interventions. *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100794>
- Rosairo William, B., & Miranda, R. (2023). Prospective relation between rumination subtypes and suicide ideation: moderating role of problem-solving. *Cognitive Therapy and Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10373-w>
- Salvo, G. L., & Castro, A. (2013). Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents. *Revistachilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Taylor, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2022). *Cutting down: An evidence-based CBT workbook for treating young people who self-harm*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003163046>
- Wong, S., Chen, E. Y., Lee, M. (2023). Rumination as a transdiagnostic phenomenon in the 21st century: the flow model of rumination. *Brain sciences*, 13(7), 1041. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071041>
- Wang, Z., Li, D., Chen, Y., Tao, Z., Jiang, L., He, X., & Zhang, W. (2024). Understanding the subtypes of non-suicidal self-injury: A new conceptual framework based on a systematic review. *Psychiatry Research*, 334, 115816. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115816>
- Xie, Y., Wu, S., Li, L., Zhang, C., Zhang, Y., Hang, Y., Lang, N., Lv, Z., Liang, M., Yu, B., Long, J., Liu, Y., Wang, S., Ouyang, L., Zhang, L., Wu, Y., & Whang, C. (2025). Impulse control deficits among patients with nonsuicidal self-injury: a mediation analysis based on structural imaging. *Journal of Psychiatry Neurosis*, 50(2), 73-84. <https://doi.org/10.1503/jpn.240129>
- Zhou, L., Zhang, K., Guo, J., Liu, J., Wang, S., & Gong, J. (2024). The relationship between perceived stress, impulsivity, executive dysfunction and non-suicidal self-injury thoughts among Chinese college students: a gender difference study. *Psychology research and behavior management*, 1819-1830. <https://doi.org/10.2147/prmb.s452447>