رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۲۳، شهریور ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(6), 2026

مقایسه امکان سنجی مداخله گروهی بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی با رفتاردرمانی دیالکتیک بر درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان

The Feasibility Comparison of a Group-Based Compassion-Focused Intervention Package for Self-Harming Behaviors with Dialectical Behavior Therapy on Mental Pain of Adolescents with Self-Harming Behaviors

مهسا پاکزاد
گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
حسن خوش اخلاق (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
الهام فروزنده
گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

Mahsa Pakzad
Department of Psychology, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran.
Hassan Khoshakhlagh *
Department of Psychology, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran.
Hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir
Elham Foruzandeh
Department of Psychology, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه امکان سنجی مداخله گروهی بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی با رفتاردرمانی دیالکتیک بر درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان بودند که در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳حداقل یک نوبت سابقه خودآسیب‌رسانی داشتند. تعداد ۴۵ نوجوان به روش هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. گروه اول تحت مداخله محقق‌ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی در ۱۰ جلسه، و گروه دوم تحت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک در ۱۲ جلسه قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از سیاهه خودآسیب‌زنی عمدی (سانسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ SHI) و مقیاس درد ذهنی (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳؛ OMMP) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد نمرات پیش‌آزمون درد ذهنی با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین نتایج دلالت براین داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵)؛ که نشان‌دهنده اثربخشی یکسان دو روش است. براین اساس با توجه به آنکه بسته محقق‌ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی با تعداد جلسات کمتر نتایج یکسان با رفتاردرمانی دیالکتیک داشت، می‌توان این بسته را به‌عنوان گزینه‌ای کارآمدتر و مقرون‌به‌صرفه‌تر برای کاهش درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان توصیه کرد.

واژه‌های کلیدی: *رفتارهای خودآسیب‌رسان، شفقت‌ورزی، رفتاردرمانی دیالکتیک، درد ذهنی.*

Abstract

The purpose of the present study was to compare the Group-Based Compassion-Focused Intervention Package for self-harming behaviors with Dialectical Behavior Therapy on mental pain of adolescents with self-harming behaviors. The research method was quasi-experimental design with pretest-posttest and control group, with two-month follow-up period. The statistical population consisted of adolescents aged 12–18 years, who were referred to counseling centers of Ministry of Education in Isfahan that had at least one recorded incident of self-harm in second half of 1403. Total of 45 adolescents were selected using purposive sampling method and randomly assigned to 3 groups of 15 participants each. The first group received the researcher-made intervention for coping with self-harming behaviors based on compassion in 10 sessions, and the second group received Dialectical Behavior Therapy in 12 sessions. To collect data, Self-Injurious Behavior Inventory (Sanson et al., 1988; SHI) and Mental Pain Scale(Orbach et al, 2003; OMMP) were used. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. Results showed a significant difference between pretest mental pain scores and posttest and follow-up scores ($P < 0.05$). Results also indicated no significant difference between two treatments over time ($P>0.05$), suggesting similar effectiveness. Accordingly, given that the researcher-developed compassion-based coping package for self-injurious behaviors produced results comparable to dialectical behavior therapy with fewer sessions, it may be recommended as a more efficient and cost-effective option for reducing mental pain in adolescents with self-injurious behaviors.

Keywords: *Self-Harming Behaviors, Compassion, Dialectical Behavior Therapy, Mental Pain.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** اسفند ۱۴۰۴ | **پذیرش:** اسفند ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** شهریور ۱۴۰۵

مقدمه

نوجوانی یکی از حساس‌ترین و تأثیرگذارترین دوره‌های رشد انسان به شمار می‌رود که به‌عنوان مرحله‌ای گذار میان کودکی و بزرگسالی، با تغییرات گسترده زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است. این تحولات، نوجوانان را در معرض فشارها و چالش‌های متعددی قرار می‌دهد که در صورت فقدان آگاهی و حمایت کافی، می‌تواند مسیر رشد سالم آنان را با اختلال مواجه سازد (فرجامی و همکاران، ۱۴۰۳). یکی از آسیب‌هایی که نوجوانان با آن مواجه هستند،رفتارهای پرخطر خودجرحی یا خودآسیبی غیرخودکشی‌گرا[1] است که شیوع آن در دوره نوجوانی از سایر دوره‌های سنی بالاتر است (چانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۴) . رفتارهای خود آسیب‌رسان به‌طورکلی به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که فرد به صورت مستقیم یا غیرمستقیم و بدون قصد خودکشی، به خودش آسیب می‌زند و شامل رفتارهایی مانند: خراش پوست، بریدن، سوزاندن، کوبیدن سر، ضربه زدن به خود و مانند آن است (مورگان[3] و همکاران، ۲۰۲۱). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5)، رفتارهای خود آسیب رسان شامل دو دسته رفتارهای خودآسیب رسان مستقیم (مانند خودزنی) و غیرمستقیم (مانند رفتارهای خطرجویانه، سوء مصرف مواد و الکل) است (آپیسلا[4] و همکاران، ۲۰۲۵). این رفتارها هم در جمعیت بالینی و هم غیربالینی مشاهده می‌شوند، اما بیشترین فراوانی آن‌ها در بازه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال گزارش شده و معمولاً با افزایش سن کاهش می‌یابند (لوریجیو[5] و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج مطالعه مورگان و همکاران (۲۰۲۱) نشان‌دهنده افزایش میزان بروز سالانه رفتارهای خود آسیب رسان در دختران (۳۷/۴ در هر ۱۰۰۰۰) در مقایسه با پسران (۱۲/۳ در هر ۱۰۰۰۰)؛ و افزایش شدید ۶۸ درصدی در بین دختران ۱۳ تا ۱۶ ساله (از ۴۵/۹ در هر ۱۰۰۰۰ در سال ۲۰۱۱ به ۷۷/۰ در هر ۱۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۲۱ می باشد. در تبیین علل بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان، پژوهش‌ها به نقش مجموعه‌ای از عوامل بین‌فردی و درون‌فردی اشاره دارند. عوامل بین‌فردی عمدتاً به کارکردهای ارتباطی این رفتارها مربوط می‌شوند و شامل تلاش برای ابراز استقلال، بازتعریف مرزهای بین‌فردی، اعمال نفوذ بر دیگران، ایجاد پیوند با همسالان، هیجان‌طلبی و نمایش تحمل فشار هستند. در مقابل، عوامل درون‌فردی به فرآیندهای روان‌شناختی درونی اشاره دارند و با تکانشگری، مشکلات روان‌پزشکی و ویژگی‌های شخصیتی خاص همراه هستند (آواد[6] و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از عوامل خطر مهم در این حوزه، درد ذهنی[7] است که نقش معناداری در بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دارد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۹).

درد ذهنی به مجموعه‌ای از تجربیات ذهنی آزاردهنده اطلاق می‌شود که با ادراک منفی از خود، احساس شکست، از دست دادن کنترل و هیجان‌های منفی شدید همراه است (مارتی[8] و همکاران، ۲۰۲۵). درد ذهنی رنج روانی است که با احساس شکستگی، از دست دادن کنترل و خودآگاهی منفی هنگام مواجهه با رویدادهای هیجانی شدید مانند جدایی، بیماری یا وقایع پر استرس به مدت طولانی بروز می‌کند (میروایجک و وایس[9]، ۲۰۱۸). درد ذهنی با بسیاری از اختلالات روانپزشکی از قبیل افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، و همینطور با علائم روانشناختی و جسمانی در افراد مرتبط بوده و منجر به ایجاد تداخل در عملکرد طبیعی افراد می شود (مارتی و همکاران ، ۲۰۲۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درد ذهنی یکی از عوامل خطر مهم در اندیشه‌پردازی و اقدام به خودکشی محسوب می‌شود (لوکاسیو[10] و همکاران، ۲۰۲۵؛ خانجانی و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به آنچه بیان شد، با در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب فردی، خانوادگی و اجتماعی رفتارهای خودآسیب‌رسان و افزایش شیوع آن در میان نوجوانان، ضرورت طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و درمانی مؤثر بیش از پیش آشکار می‌شود. از آنجا که این رفتارها تحت تأثیر مجموعه‌ای از متغیرهای هیجانی، خلقی، شناختی و رفتاری قرار دارند، انتخاب رویکردهای درمانی جامع که بتوانند عوامل زیربنایی را هدف قرار دهند، اهمیت ویژه‌ای دارد. یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در این حوزه، رفتاردرمانی دیالکتیک[11](DBT) است که توسط لینهان[12] برای مداخله در رفتارهای خودتخریب‌گر معرفی شد. این رویکرد با تلفیق مؤلفه‌های پذیرش و تغییر، چهار مهارت اصلی شامل

1 . Non-suicidal self-injury
2 . Chang
3 . Morgan
4 . Apicella
5 . Lurigio
6 . Awad
7 . Mental pain
8. Martí
9 . Meerwijk & Weiss
10 . Lo Cascio
11 . dialectical therapy
12 . Linehan

هشیاری فراگیر، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و کارآمدی بین‌فردی را آموزش می‌دهد (لینهان، ۲۰۲۰). رفتاردرمانی دیالکتیک ترکیبی از روش‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است که نظریه‌های رفتاری و مداخله در بحران مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی را در هم می‌آمیزد (لینهان،۲۰۲۰) و شواهد پژوهشی متعدد، اثربخشی آن را در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان (سیورسن[1] و همکاران، ۲۰۲۴؛ قدرتی، ۱۴۰۰)، کاهش ضرب و جرح خویشتن (عزیزی و زارعی، ۱۴۰۲)؛ و کاهش خودزنی (اسچمیتگن[2] و همکاران، ۲۰۱۹) نوجوانان تأیید کرده‌اند. با این وجود، اگرچه رفتاردرمانی دیالکتیک یکی از مداخلات شناخته‌شده در درمان رفتارهای خودآسیب‌رسان است و با آموزش مهارت‌هایی مانند تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در کاهش این رفتارها مؤثر بوده است، اما تمرکز اصلی این رویکرد بیشتر بر آموزش مهارت‌های رفتاری برای مدیریت هیجان‌ها و کنترل تکانشگری است (لینهان، ۲۰۲۰). درحالی‌که شواهد پژوهشی نشان می‌دهد در پس بسیاری از رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان، فرایندهای عمیق‌تری همچون خودانتقادی شدید، احساس شرم، بی‌ارزشی و تجربه درد ذهنی قرار دارد (تالی[3] و همکاران، ۲۰۲۳؛ قدرتی تربیتی و همکاران، ۱۳۹۸) که صرفاً با آموزش مهارت‌های رفتاری به طور کامل مورد توجه قرار نمی‌گیرند. از این رو، توجه به رویکردهایی که بتوانند نگرش فرد نسبت به خود و نحوه مواجهه او با رنج‌های درونی را نیز هدف قرار دهند، ضروری به نظر می‌رسد.

در این میان، رویکرد شفقت‌ورزی[4] با تأکید بر پرورش نگرشی مهربانانه و پذیرنده نسبت به خود، می‌تواند در کاهش خودانتقادی، شرم و درد ذهنی و در نتیجه کاهش زمینه‌های روان‌شناختی رفتارهای خودآسیب‌رسان نقش مهمی داشته باشد (نف[5]، ۲۰۲۳؛ جولز[6] و همکاران، ۲۰۲۳؛ مطلع و همکاران، ۱۴۰۳). با این‌حال، بسیاری از برنامه‌های مبتنی بر شفقت‌ورزی به طور اختصاصی برای نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان طراحی نشده‌اند و در آن‌ها به نقش درد ذهنی و تجربه‌های هیجانی مرتبط با این رفتارها توجه مستقیم کمتری شده است. از سوی دیگر، کمبود بسته‌های مداخله‌ای ساختارمند و متناسب با بافت فرهنگی جامعه ایرانی در این حوزه نیز از دیگر خلأهای موجود به شمار می‌رود. بر این اساس، در پژوهش حاضر با تکیه بر اصول رویکرد شفقت‌ورزی، بسته مداخله‌ای مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان تدوین شد. این بسته به طور اختصاصی با تمرکز بر نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان طراحی شده و علاوه بر آموزش مؤلفه‌های شفقت به خود، بر شناسایی و اصلاح الگوهای خودانتقادی، کاهش شرم و خودسرزنشی، افزایش پذیرش هیجانی، آموزش راهبردهای سازگارانه برای مواجهه با درد ذهنی و تقویت مهارت‌های خودمراقبتی تأکید دارد .همچنین در طراحی جلسات از تمرین‌های تجربه‌محور، فعالیت‌های تعاملی، مثال‌های نزدیک به تجربه‌های زیسته نوجوانان و تکالیف عملی استفاده شده است تا یادگیری مهارت‌ها برای این گروه سنی ملموس‌تر و کاربردی‌تر باشد. افزون بر این، محتوای بسته با در نظر گرفتن ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی تنظیم شده است تا قابلیت استفاده آن در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی افزایش یابد.

با توجه به شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان در دوره نوجوانی و پیامدهای جدی روان‌شناختی آن، شناسایی و به‌کارگیری مداخلات مؤثر برای این گروه سنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نتایج این پژوهش می‌تواند شواهد کاربردی برای روان‌شناسان، مشاوران و درمانگران فراهم کند تا از مداخلات مبتنی بر شفقت‌ورزی در مراکز مشاوره و خدمات سلامت روان برای کاهش درد ذهنی و کمک به مدیریت رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان استفاده کنند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی با رفتاردرمانی دیالکتیک بر درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان (۷ مرکز) بود که در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۳ (از مهر تا پایان اسفند) حداقل یک سابقه رفتار خودآسیب‌رسان غیرخودکشی‌گرا داشتند (۶۳ نفر). براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ نوجوان به عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه مداخله بسته محقق‌ساخته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی (۱۵ نفر)، گروه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۵ نفر) گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. اعضای

1 . Syversen
2 . Schmitgen
3 . Tali
4 . self-compassion
5 . Neff
6 . Jules

گروه آزمایش ۱، مداخله بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی را به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت دو بار در هفته به شکل گروهی، و اعضای گروه آزمایش ۲ نیز برنامه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک را به مدت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت دو بار در هفته به شکل گروهی دریافت کردند، اما اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن ۱۲ تا ۱۸ سال، داشتن حداقل یک نوبت سابقه رفتار خودآسیب‌رسان غیرخودکشی‌گرا در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۳، کسب نمره ۵ یا بالاتر در پرسشنامه خودآسیب‌زنی عمدی، وجود افکار خودآسیبی بر اساس مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته، و رضایت والدین جهت حضور در جلسه بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در فرآیند پژوهش و انصراف از ادامه مشارکت، تشخیص اختلالات شدید روانپزشکی در طول پژوهش (مثل روان‌پریشی، مانیا شدید یا اختلال مصرف مواد شدید)، شروع یا تغییر قابل توجه دارودرمانی روانپزشکی در طول دوره مداخله، و بروز اقدام به خودکشی یا تشدید رفتارهای خودآسیب‌رسان که نیازمند مداخله فوری درمانی یا بستری باشد، بود. در این پژوهش، کلیه اصول اخلاقی پژوهش رعایت شد. ابتدا اهداف، روش‌ها، مزایا و محدودیت-های پژوهش به‌طور شفاف برای آنان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. تمامی اطلاعات شخصی و هویتی شرکت‌کنندگان محرمانه باقی ماند. برنامه‌های مداخلاتی به‌گونه‌ای اجرا شدند که هیچ‌گونه آسیب جسمی یا روانی به نوجوانان وارد نشود و تمرین‌ها متناسب با شرایط شناختی و عاطفی آنان تنظیم گردید. بدین ترتیب، اصول احترام به کرامت انسانی، حفظ محرمانگی و پیشگیری از آسیب رعایت شد. همچنین پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1403.481 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین در سال ۱۴۰۳ بود. در نهایت، داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

سیاهه خود آسیب زنی عمدی[1](SHI): سیاهه آسیب به خود سانسون[2] و همکاران (۱۹۸۸) با ۲۲ سؤال و نمره‌گذاری بله/خیر، برای سنجش رفتارهای عمدی خودآسیب‌رسان در جمعیت‌های روان‌پزشکی طراحی شده است. در این ابزار، هر پاسخ «بله» نمره ۱ و «خیر» نمره ۰ دارد و نمره کل از مجموع پاسخ‌های تأییدشده به دست می‌آید. نمره برش ۵ با دقت تشخیصی ۸۵٪ نشان‌دهنده احتمال بالای وجود نشانه‌های آسیب به خود است. سانسون و همکاران (۱۹۸۸) پایایی این آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته، ۰/۷۱ به دست آوردند. همچنین آنها نشان دادند که این آزمون از روایی همگرایی (۰/۴۸) و افتراقی(۰/۳۹) مناسبی نسبت به سیاهه خودآسیب‌رسانی آگاهانه و تعمدی[3] (DSHI) برخوردار است. در داخل کشور نیز در پژوهش جشنانی و همکاران (۱۴۰۲) پایایی این سیاهه به روش همسانی درونی ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی سیاهه خودآسیب‌زنی عمدی از ضریب کودر–ریچاردسون (KR-20) استفاده شد و مقدار آن ۰/۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار است. .

مقیاس درد ذهنی اورباخ و میکلینسر[4](OMMP): این مقیاس برای اندازه گیری درد ذهنی توسط اورباخ و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و دارای ۴۴ گویه است و ۹ حیطه تغییرناپذیری، فقدان کنترل، بی‌ارزشی/خودشیفتگی، آشفتگی هیجانی، خشک زدگی (بهت)، از خود بیگانگی، سردرگمی، فاصله گیری اجتماعی و پوچی (بی معنایی) را ارزیابی می‌کند. نمره گذاری این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملا مخالفم) تا ۵ (کاملا موافقم) انجام می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس ۴۴ و حداکثر نمره ۲۲۰ است و نمره بالاتر به منزله درد ذهنی بیشتر است (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش اورباخ و میکلینسر (۲۰۰۳) ضریب بازآزمایی این مقیاس با فاصله سه هفته در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین برای بررسی روایی سازه از روایی همگرا و واگرا استفاده شد؛ به‌گونه‌ای که نمره درد ذهنی با اضطراب، افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار به ترتیب با مقادیر ۰/۵۸، ۰/۶۴ و ۰/۴۷ همبستگی مثبت و معنادار؛ و با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار همبستگی منفی معنادار (۰/۴۱-) نشان داد که بیانگر روایی مطلوب مقیاس است. در ایران نیز ارتضایی و همکاران (۱۴۰۱) همبستگی مثبت و معناداری بین مقیاس درد ذهنی و افسردگی به دست آوردند (۰/۶۱) که نشان‌دهنده روایی همگرای مناسب ابزار است. آنها همچنین پایایی مقیاس را به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد.

1 . The Self-Harm Inventory (SHI)
2 . Sansone
3 . Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)
4 . Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP)

بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی: محتوای جلسات بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون طراحی و اعتباریابی گردید. برای این منظور، تعداد ۵۰ مقاله و کتاب شامل ۲۹ مقاله و کتاب خارجی (۲۸ مقاله و ۱ کتاب) در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۵؛ و و ۲۱ مقاله و کتاب فارسی (شامل ۱۴ مقاله و ۷ کتاب)در بازه سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۴ با کلیدواژه‌های رفتارهای خود آسیب‌رسان، شفقت به خود، و درد ذهنی در مجلات و پایگاه‌های معتبری همچون گوگل اسکالر، ساینس دایرکت، وایلی، اس‌ای‌دی، نورمگز، مگ‌ایران، پایگاه استنادی جهان اسلام و پرتال جامع علوم انسانی بررسی شد.. این فرآیند تا دستیابی به اشباع نظری برای تدوین برنامه مداخله ادامه یافت. روایی محتوایی این برنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید و متخصصین مورد سنجش قرار گرفت. از طریق نسبت روایی محتوا[1](CVR) با ضریب لاوشه و شاخص روایی محتوا[2](CVI)، میزان اعتبار بسته محقق ساخته برآورد شد. مقدار CVR با ضریب لاوشه در دامنه ۰/۸۰ تا ۱/۰۰ و مقدار CVI در دامنه ۰/۷۹۵ تا ۰/۸۷۵ قرار داشت که بیانگر روایی محتوایی قابل قبول برنامه برای ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای، در سطح اطمینان ۰/۹۵ است. در جدول ۱ محتوای جلسات گروهی بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات گروهی بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی

جلسات	موضوع و محتوای جلسات
اول (مفاهیم اولیه)	معرفی اعضا و تنظیم قوانین گروه، آشنایی با مفهوم شفقت‌ورزی و رفتارهای خودآسیب‌رسان، بازی گلوله برفی احساسات.
دوم (مهربانی با خود: اولین گام در شفقت‌ورزی)	بحث درباره صدای انتقادگر درونی و تاثیرش بر رفتار؛ شناسایی و به چالش کشیدن خود سرزنشگری؛ تقویت مهربانی با خود؛ تمرین جملات شفقت‌ورزانه؛ تمرین تنفس شفقت‌ورزانه؛ تمرین جمعی جایگزینی افکار انتقادی با افکار شفقت آمیز.
سوم (اشتراکات انسانی)	توضیح مفهوم انسانیت مشترک؛ طرح مسئله در مورد سختی های مشترک؛ بیان تجربیات مشترک رنج؛ بازی "ما همه شبیه‌ایم؛ تمرین "تنفس انسانیت مشترک"
چهارم (ذهن آگاهی: مشاهده بدون قضاوت)	آموزش مفهوم و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت؛ تمرین شناسایی احساسات؛ تمرین "نگاه به ابر"، تمرین گروهی"بیان فکر یا احساس توسط اعضا و تایید گروه بدون قضاوت"؛ تمرین"تنفس ذهن آگاهانه".
پنجم (تنظیم هیجانات و احساسات)	معرفی انواع هیجان؛ شناسایی الگوهای فکری، هیجانی و رفتاری زیربنای رفتارهای خودآسیب‌رسان؛ تمرین تشخیص احساسات؛ تعیین احساس غالب در موقعیت‌های بحرانی؛ مراقبه متمرکز بر احساس؛ آموزش تنفس دیافراگمی.
ششم (تقویت تاب‌آوری (کنترل تکانه)	توضیح درباره موقعیت ها و احساسات محرک تکانه؛ آموزش مهارت توقف به جای واکنش فوری؛ تمرین راهبردهای جایگزین رفتاری، استفاده از روش«توقف – نفس – فکر – عمل» ؛ تمرین "دکمه مکث خیال" در موقعیت‌های تکانه‌ای.
هفتم (تقویت تاب‌آوری (حل مساله	آموزش مراحل حل مساله(تعریف مشکل – جمع‌آوری راه‌حل‌ها – انتخاب و ارزیابی پیامدها)؛ کارگاه حل مسئله گروهی؛ تمرین ذهنی "اگر این‌طور نمی‌شد... "
هشتم تقویت تاب‌آوری (تصمیم گیری)	آموزش تصمیم گیری آگاهانه(۱. احساس اولیه، ۲. گزینه‌های موجود، ۳. ارزیابی پیامدها، ۴. انتخاب اقدام مناسب)؛ تمرین "پیش‌بینی پیامدها" با سناریوهای فرضی؛ بازی گروهی "تغییر مسیر" جهت ارزیابی پیامدهای هر مسیر.
نهم (ارتباط با دیگران)	بررسی مهارت‌های گفت‌وگو و ارتباط مؤثر؛ چگونگی حمایت از دیگران و درخواست کمک؛ تمرین نامه به والدین؛ بررسی تاثیر شفقت‌ورزی بر روابط با دیگران؛ تمرین نامه به یک دوست جهت به اشتراک گذاری احساسات با او؛ تمرین گروهی
دهم (جمع بندی)	مرور مفاهیم و تکنیک‌های آموخته شده؛ نامه به خود آینده، اجرای پس آزمون.

برنامه رفتاردرمانی دیالکتیک: برنامه رفتار درمان دیالکتیکی براساس رویکرد لینهان و دیمف (۲۰۰۸) به مدت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دو بار در هفته به صورت گروهی ارائه شد. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات درمان دیالکتیکی براساس رویکرد لینهان و دیمف (۲۰۰۸)

جلسه	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی اولیه، چرا باید این مهارتها را بیاموزیم؟
دوم	آموزش مهارتهای شناخت خود(خودآگاهی هیجانی)
سوم	آموزش خودآرامش‌بخشی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها

1 . Content validity Ratio (CVR)
2 . Content Validity Index (CVI)

چهارم	توجه برگردانی از رفتارهای خودجرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر
پنجم	توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی درباره تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آنها(خودمشاهده‌گری)
ششم	آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، نقش خودگویی‌های مثبت و مهارتهای حل مسئله در مهار هیجان‌ها
هفتم	آموزش مهارت‌های کاهش آسیب(برنامه‌ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب و پر کردن اوقات فراغت)
هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن و کشف ارزشها
نهم	مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیتهای‌لذت‌بخش
دهم	آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان‌های یازدهم منفی(خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه)
یازدهم	کاربرد مهارت‌های حل مسئله و عمل مخالف برای هیجانهای منفی
دوازدهم	مرور جلسات و تمرینات داده شده، اجرای پس آزمون

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۵ نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در سه گروه بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی، رفتاردرمانی دیالکتیک و کنترل جایدهی شدند (هر گروه ۱۵نفر). از نظر جنسیت، در گروه آزمایش اول ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) دختر و ۱۱ نفر (۷۳/۳۳٪) پسر بودند. در گروه آزمایش دوم ۷ نفر (۴۶/۶۷٪) دختر و ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) پسر بودند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر(۴۰٪) دختر و ۹ نفر (۶۰٪) پسر بودند. میانگین سنی و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول ۱/۳۶±۱۴/۹۶، گروه آزمایش دوم ۱/۵۱±۱۵/۶۳ و گروه کنترل ۱/۶۶±۱۵/۸۴ بود. از نظر نوع رفتارهای خودآسیب‌رسان، در گروه آزمایش اول (۱۵ نفر)، ۸ نفر (۳۳/۵۳٪) بریدن عضو (آسیب به پوست)، ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) زدن خود و ۲ نفر (۳۳/۱۳٪) خوردن مواد خطرناک را گزارش کردند و موردی از فرو کردن سوزن در بدن مشاهده نشد. در گروه آزمایش دوم (۱۵ نفر)، ۶ نفر (۴۰٪) بریدن عضو، ۷ نفر (۶۷/۴۶٪) زدن خود، ۱ نفر (۶۷/۶٪) خوردن مواد خطرناک و ۱ نفر (۶۷/۶٪) فرو کردن سوزن در بدن را گزارش کردند. در گروه کنترل (۱۵ نفر) نیز ۷ نفر (۶۷/۴۶٪) بریدن عضو، ۶ نفر (۴۰٪) زدن خود و ۲ نفر (۳۳/۱۳٪) خوردن مواد خطرناک را گزارش کردند و موردی از فرو کردن سوزن در بدن مشاهده نشد. همچنین میانگین و انحراف نمرات سیاهه خود آسیب زنی عمدی(SHI) به ترتیب در گروه آزمایش اول(بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان) ۲/۴۱ ± ۸/۱۳، گروه آزمایش دوم(رفتاردرمانی دیالکتیک) ۲/۳۶±۸/۲۷ و گروه کنترل ۲/۵۲±۷/۹۸ بود. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیر درد ذهنی ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر درد ذهنی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درد ذهنی	بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان	۱۳۶/۰۰۰	۲۱/۲۰	۱۲۳/۰۰۰	۱۹/۱۰	۱۲۳/۴۷	۱۸/۸۰
	رفتاردرمانی دیالکتیک	۱۳۷/۰۷	۱۹/۹۶	۱۲۴/۲۷	۱۹/۷۲	۱۲۵/۱۳	۱۹/۱۸
	گروه کنترل	۱۵۰/۰۷	۱۶/۰۴	۱۵۲/۵۳	۱۹/۴۳	۱۵۱/۸۷	۱۷/۸۸

جدول ۳ نشان می دهد گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را در مراحل سنجش نشان می دهند؛ در واقع روند تغییرات کاهشی بود. به منظور مقایسه اثربخشی مداخلات پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرونوف نشان داد، داده‌های پژوهش در گروه آزمایش اول در مراحل پیش آزمون (P=۰/۲۰۰)، پس آزمون (P=۰/۰۵۳)، پیگیری (P=۰/۰۵۱)؛ گروه ازمایش دوم در مراحل پیش‌آزمون (P=۰/۲۰۰)، پس‌آزمون (P=۰/۰۵۱)، پیگیری (P=۰/۱۱۳)؛ و گروه کنترل در هر سه مرحله پیش‌آزمون (P=۰/۰۷۷)، پس‌آزمون (P=۰/۲۰۰) و پیگیری (P=۰/۲۰۰) دارای توزیع بهنجار بودند (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی خطای واریانس در متغیر پژوهش در پیش آزمون (F=۰/۷۰۰، P=۰/۵۰۲)، پس آزمون (F=۰/۰۱۰، P=۰/۹۹۰) و پیگیری (F=۰/۰۰۲، P=۰/۹۹۸) نیز معنادار نبود (P>۰/۰۵). علاوه‌براین، نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد مقدار P آزمون (P=۰/۰۰۱، Mauchlys W=۰/۳۹۲) به‌دست آمد، بنابراین در تحلیل برای تعدیل سطح معناداری از ضریب گرین‌هاوس–گیسر استفاده شد. جدول ۴ نتایج تحلیل چندمتغیری اثر اجرای مداخلات پژوهش بر درد ذهنی را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری بر درد ذهنی

اثر	ضریب	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۳۷۳	۴/۸۱۰	۰/۰۰۲	۰/۱۸۶	۰/۹۴۵
لامبدای ویلکز	۰/۶۲۸	۵/۳۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۰۷	۰/۹۶۶
اثر هتلینگ	۰/۵۹۱	۵/۹۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۸	۰/۹۷۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۸۹	۱۲/۳۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۱	۰/۹۹۴

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر درد ذهنی معنادار است (P<۰/۰۵). به عبارت دیگر بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر "درد ذهنی"

متغیر	منبع (آزمون گرین هاوس گیسر)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	η2	توان آزمون
درد ذهنی	زمان	۱۷۶۴/۴۴۴	۱/۲۴۴	۱۴۱۸/۷۶۶	۲۶/۰۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۳	۱
	زمان*گروه‌ها	۱۴۵۰/۸۸۹	۲/۴۸۷	۵۸۳/۳۲۰	۱۰/۷۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۸	۰/۹۹۵
	بین گروهی	۱۶۳۷۳/۳۳۳	۲	۸۱۸۶/۶۶۷	۷/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۰/۹۴۲

جدول ۵ نشان می‌دهد در متغیر درد ذهنی در اثر زمان (F=۲۶/۰۸۲، P=۰/۰۰۰۱، η2=۰/۳۸۳)؛ بین گروهی (F=۷/۹۷۷، P=۰/۰۰۱، η2=۰/۳۷۵)، و اثر تعاملی زمان*گروه (F=۱۰/۷۲۳، P=۰/۰۰۰۱، η2=۰/۳۳۸) تفاوت معناداری در گروه‌های مورد مطالعه وجود دارد (P<۰/۰۵). این یافته‌ها نشان می‌دهد اجرای متغیر مستقل، درد ذهنی را به‌صورت معنادار تحت تاثیر قرار داده است. جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور بررسی مقایسه‌های زوجی بین مراحل سنجش و نیز مقایسه میانگین گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی بر درد ذهنی

گروه	زمان		تفاوت میانگین‌ها	مقدار احتمال
بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان محقق ساخته	پیش آزمون	پس آزمون	۱۳/۰۰۰*	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۵۳۳*	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۶۷	۰/۷۵۰
رفتاردرمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۸۰۰*	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۱/۹۳۳*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۸۶۷	۰/۵۲۹
گروه کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۴۶۷	۱/۰۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۸۰۰	۱/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۶۷	۱/۰۰۰
تفاوت گروه‌ها			**تفاوت میانگین**	**مقدار احتمال**
بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان محقق ساخته		رفتاردرمانی دیالکتیک	-۱/۳۳۳	۱/۰۰۰
		گروه کنترل	-۲٤/۰۰۰*	۰/۰۰۳
رفتاردرمانی دیالکتیک		بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان محقق ساخته	۱/۳۳۳	۱/۰۰۰
		گروه کنترل	-۲۲/٦٦۷*	۰/۰۰۵
گروه کنترل		بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان محقق ساخته	۲٤/۰۰۰*	۰/۰۰۳
		رفتاردرمانی دیالکتیک	۲۲/٦٦۷*	۰/۰۰۵

طبق نتایج جدول ۶ تفاوت میانگین نمرات درد ذهنی در گروه آزمایش بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان محقق یافته از پیش‌آزمون به پس‌آزمون (MD=۱۳/۰۰، P=۰/۰۰۰۱)، و پیش‌آزمون به پیگیری (MD=۱۲/۵۳۳، P=۰/۰۰۰۱) معنادار بود، اما تفاوت میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون به پیگیری (MD=-۰/۴۶۷، P=۰/۷۵۰) غیرمعنادار بود. در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت میانگین نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون (MD=۱۲/۸۰۰، P=۰/۰۰۱)، و پیش‌آزمون به پیگیری (MD=۱۱/۹۳۳، P=۰/۰۰۱) معنادار بود، اما تفاوت میانگین نمرات در مراحل پس آزمون به پیگیری(MD=-۰/۸۶۷، P=۰/۵۲۹) غیرمعنادار بود. همچنین در گروه کنترل تفاوت بین میانگین نمرات درد ذهنی در تمام مراحا سنجش معنادار نبود (P>۰/۰۵). به عبارت دیگر هر دو شیوه مداخله باعث شد تا میانگین نمرات درد ذهنی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون کاهش یابدو علاوه‌برآن نتایج جدول ۶ نشان داد که تفاوت اثربخشی بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان محقق یافته و رفتاردرمانی دیالکتیک معنادار نیست (P>۰/۰۵). به عبارت دیگر هر دو روش مداخله می توانند درد ذهنی را در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان کاهش دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه امکان سنجی بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی با رفتاردرمانی دیالکتیک بر درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بود. نخستین یافته پژوهش نشان داد اجرای بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی توانست درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش دهد. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های نف (۲۰۲۳)، تالی و همکاران (۲۰۲۳) و قدرتی تربتی و همکاران (۱۳۹۸) از نظر تاثیر آموزش شفقت به خود بر کاهش رفتارهای پرخطر و ضرب و جرح خویشتن همسو بود. رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان ریشه در ناتوانی در تنظیم رنج و هیجانات شدید دارد (آواد و همکاران، ۲۰۲۵). در سال‌های اخیر، شفقت به خود به عنوان یک استراتژی محافظتی و درمانی مؤثر مورد توجه قرار گرفته است. شفقت به خود شامل سه مولفه اصلی است: مهربانی با خود در برابر خودانتقادی، درک انسانیت مشترک (پذیرش اینکه رنج بخشی از تجربه عمومی انسان است) و ذهن‌آگاهی نسبت به احساسات بدون غرق شدن در آن‌ها (جولز و همکاران، ۲۰۲۳). شفقت به خود رفتارهای خودآسیب‌رسان را از طریق چندین مکانیسم کاهش می‌دهد. مهم‌ترین آن کاهش مستقیم شرم و خودانتقادی است که از محرک‌های اصلی این رفتارها به شمار می‌روند؛ زیرا مهربانی با خود نیاز به خودآزاری برای تنبیه یا رهایی موقت را کاهش می‌دهد. مؤلفه ذهن‌آگاهی نیز با کمک به مشاهده هیجانات شدید بدون نیاز به خنثی‌سازی فیزیکی نقش مهمی ایفا می‌کند. همچنین درک انسانیت مشترک احساس انزوا را کاهش داده و عاملی را که موجب تشدید رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود تضعیف می‌کند (نف، ۲۰۲۳). در نهایت، شفقت به خود با کاهش خودسرزنشی پس از لغزش‌ها، تداوم و تاب‌آوری فرد در مسیر درمان را تقویت کرده و منابع مقابله‌ای مثبت را افزایش می‌دهد (تالی و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر نیز در بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی، نوجوانان به‌تدریج با مفهوم مهربانی با خود در برابر خودانتقادی آشنا شدند و از طریق تمرین‌های عملی و فعالیت‌های گروهی توانستند صدای درونی انتقادگر را شناسایی کرده و آن را با نگرشی حمایتی و پذیرا جایگزین کنند؛ فرایندی که توانست به کاهش ارزیابی‌های منفی مکرر از خود و در نتیجه کاهش درد ذهنی منجر گردد. همچنین تأکید بر اشتراکات انسانی به نوجوانان کمک کرد تا رنج، خطا و شکست را تجربه‌هایی همگانی بدانند و احساس انزوای شخصی در آنان تضعیف شود. در کنار این مؤلفه‌ها، آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش بدون قضاوت از طریق کاهش نشخوار ذهنی و نگرانی از آینده، به تنظیم هیجانی بهتر کمک کرد و با فعال‌سازی سیستم‌های آرام‌ساز روانی و مهار بیش‌فعالی سیستم تهدید، زمینه‌ای امن‌تر برای مواجهه با هیجان‌های منفی فراهم ساخت.

یافته دوم پژوهش نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک توانست درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش دهد. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های سیورسن و همکاران (۲۰۲۴)، اسچمیتگن و همکاران (۲۰۱۹)، عزیزی و زارعی (۱۴۰۲) و قدرتی و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان، خودزنی و پرخاشگری همسو بود. رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی درمانی است که بر اصل دیالکتیک، یعنی پذیرش کامل شرایط فعلی فرد همراه با تلاش هم‌زمان برای ایجاد تغییر، استوار است (لینهان، ۲۰۲۰). این هم‌افزایی میان پذیرش رنج کنونی و تلاش برای تغییر آینده، به فرد کمک می‌کند از وضعیت بحرانی خارج شود و به همین دلیل، این رویکرد به مداخله‌ای مؤثر برای مواجهه با رفتارهای خودآسیب‌رسان تبدیل شده است (اسچمیتگن و همکاران، ۲۰۱۹). رفتارهای خودآسیب‌رسان اغلب تلاشی است ناامیدانه برای رهایی از یک درد هیجانی غیرقابل تحمل که رفتاردرمانی دیالکتیک این چرخه را نه با سرزنش، بلکه با تمرکز بر چهار حوزه مهارتی که هر کدام جنبه‌ای از دیالکتیک را پوشش می‌دهند، در هم می‌شکند. نخست در

بحران‌های حاد، تحمل پریشانی با روش‌هایی مانند تغییر فیزیولوژی، به فرد امکان می‌دهد شرایط دردناک را بدون تشدید سپری کند (پذیرش موقت). همزمان، اعتباربخشی درمانگر به رنج مراجع، حس انزوا را شکسته و نوعی پذیرش ریشه‌ای ایجاد می‌کند. سپس تمرکز به مرحله "تغییر" معطوف می‌شود؛ تنظیم هیجانفرد را قادر می‌سازد تا شدت احساسات شدید را کاهش دهد و نیاز به خودآزاری به عنوان تسکین را از بین ببرد. علاوه‌بر آن، اثربخشی بین‌فردی نیز ابراز محترمانه نیازها را آموزش می‌دهد و نیاز به درد فیزیکی برای جلب توجه یا ابراز خشم را کاهش می‌دهد. در نهایت، "ذهن‌آگاهی" بر وضعیت کنونی تسلط می‌یابد و فرد را قادر می‌سازد هیجانات را بدون غرق شدن مشاهده کند. این توانایی مشاهده، سنگ بنای دیالکتیک پذیرش (آنچه هست) و آمادگی برای تغییر (آنچه می‌تواند باشد) است. این فرآیند در مجموع منجر به جایگزینی پایدار رفتارهای خودآسیب‌رسان با راهبردهای سازگارتر می‌شود (سیورسن و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته سوم پژوهش نشان داد که بین اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد که می‌تواند ناشی از فعال‌سازی مسیرهای مشترک روان‌شناختی در هسته هر دو رویکرد، یعنی تعدیل هیجان و پذیرش رنج باشد. رفتاردرمانی دیالکتیک با آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی و تنظیم هیجان، جایگزین رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود (سیورسن و همکاران، ۲۰۲۴). این نتیجه دقیقاً هدف شفقت به خود است که با مهربانی و کاهش انتقاد درونی، از شدت تجربه درد جلوگیری می‌کند (تالی و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، هر دو رویکرد بر ذهن‌آگاهی برای ایجاد فاصله از افکار و احساسات منفی و کاهش نشخوار ذهنی تأکید دارند، که این امر به تعدیل رنج ذهنی کمک می‌کند. همچنین اعتباربخشی در رفتاردرمانی دیالکتیک و انسانیت مشترک در شفقت به خود، هر دو حس انزوا را کاهش داده و به اثربخشی همسان این دو روش در بهبود تجربه ذهنی نوجوانان منجر می‌شوند (سیورسن و همکاران، ۲۰۲۴؛ تالی و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال با توجه به اینکه بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت ورزی با جلسات کمتر و رویکردی ساده‌تر در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک نتایج مشابهی را به همراه داشته است، می توان نتیجه گرفت که تعداد جلسات کمتر در بسته محقق ساخته مقابله با رفتارهای خود آسیب‌رسان نه تنها باعث کاهش زمان و منابع مورد نیاز شده، بلکه به طور موثری در کاهش درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارخهای خودآسیب‌رسان تاثیرگذار بوده است.

در مجموع، نتایج پژوهش نشان داد که هر دو مداخله بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی و رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش درد ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با گروه گواه مؤثر بوده‌اند و بین اثربخشی آن‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. با توجه به تعداد جلسات کمتر و ساختار ساده‌تر بسته مبتنی بر شفقت‌ورزی، این مداخله می‌تواند از نظر صرفه‌جویی در زمان و منابع گزینه مناسبی برای استفاده در مراکز آموزشی و درمانی باشد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای متخصصان سلامت روان، مشاوران مدارس، مراکز مشاوره و سایر نهادهایی که با نوجوانان سروکار دارند مفید باشد و در طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارشی که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد، اجرای مداخله در شرایط گروهی نیمه‌رسمی که کنترل کامل برخی متغیرهای مداخله‌گر را دشوار می‌کرد، دوره پیگیری کوتاه‌مدت که امکان بررسی پایداری بلندمدت نتایج را محدود ساخت، و نیز استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد.ابنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تر انجام شوند تا پایداری و تعمیم‌پذیری نتایج به‌طور دقیق‌تر بررسی شود.

منابع

ارتضایی، ب. نیسی، ع، حمید، ن و داودی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان مبتلا به افسردگی دارای تجربه شکست عاطفی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۶)، ۶۴–۷۷. http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1641-fa.html

جشنانی، ز. قمری، م. و کاشانی وحید، ل. (۱۴۰۲). ارائه مدل گرایش به رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان بر اعتیاد به فضای مجازی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان. *فصلنامه پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی*، ۲(۴)، ۱۳۵-۱۲۷. https://doi:10.61838/kman.pdmd.2.4.13

خانجانی، س. اسمری برده زرد، ی. موسوی اصل، ا. و عاشوری، ا. (۱۳۹۹). رابطه رفتارهای خودجرحی غیرخودکشی‌گرا با درد ذهنی در سربازان محیط‌های نظامی: نقش میانجی شفقت به خود. *مجله طب نظامی*، ۲۲(۴)، ۳۶۳–۳۷۲. https://sid.ir/paper/362184/fa

عزیزی، م و زارعی، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضرب و جرح خویشتن و تحمل پریشانی در نوجوانان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان. *مجله دستاوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روانشناسی)*، ۳۰(۴)، ۱۴۵–۱۶۲. https://doi.org/10.22055/psy.2022.38177.2726

فرجامی، م. فرجامی، ز. شکیبایی‌نژاد، ر. و پاییزی، ل. (۱۴۰۳). تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی براساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری ذهنی‌سازی در نوجوانان. نشریه روان‌پرستاری، ۱۲(۱)، ۵۱–۶۳. http://ijpn.ir/article-1-2356-fa.html

قدرتی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای خودآسیب‌رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۶(۵۵)، ۵۶۶–۵۸۲. http://ijndibs.com/article-1-635-fa.html

قدرتی‌تربتی، ع. نجات، ح. توزنده‌جانی، ح. ثمری، ع. و اکبری‌امرغان، ح. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان متمرکز بر شفقت بر سطح کورتیزول خون و خودکنترلی در سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۷(۴)، ۳۵–۴۷. http://jms.thums.ac.ir/article-1-688-fa.html

مطلع، م. حسینی، س. و و روشندل، ا. (۱۴۰۳). پیش بینی رفتارهای خودآسیب رسان در دختران مقطع متوسطه براساس عدم تحمل ناکامی و خودشفقت ورزی. *مجله روان پرستاری*، ۱۲(۱)، ۳۹-۳۰ http://ijpn.ir/article-1-2340-fa.html

Apicella, M., Pontillo, M., Maglio, G., Di Vincenzo, C., Della Santa, G., Andracchio, E., & Vicari, S. (2025). Non-suicidal self-injury in adolescents: a clinician's guide to understanding the phenomenon, diagnostic challenges, and evidence-based treatments. *Front. Psychiatry*, 16, https://doi:10.33891605508.

Awad, M. H., Mohamed, R. S., Abbas, M. M., & Absam, M. B. (2024). Major depressive disorder: point prevalence, suicidal ideation, and risk factors among Sudanese children and adolescents during Sudan army conflict: a cross-sectional study. *Discover Mental Health*, 4(1), 28. doi: 10.1007/s44192-024-00084-3.

Chang, Q., Shi, Y., Yao, S., Ban, X., & Cai, Z. (2024). Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts among children and adolescents under 18 years of age in mainland China: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 2090-102. doi:10.1177/15248380231205828.

Jules, B. N., O'Connor, V. L., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2023). Judgments of event centrality as predictors of posttraumatic growth and post-traumatic stress after infidelity: The moderating effect of relationship form. *Trauma Care*, 3(4), 237-250. https://doi:10.3390/traumacare3040021.

Linehan, M. M. (2020). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. Guilford Press.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2008). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid-dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26. https://doi:10.1016/j.drugalcdep.2001.07.005.

Lo Cascio, A., Cascino, M., Dabbene, M., Paladini, A., Viswanath, O., Varrassi, G., & Latina R. (2025). Epidemiology of Pediatric Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews. *Curr Pain Headache Rep*, 29(1):71. https://doi:10.1007/s11916-025- 01380-5.

Lurigio, A. J., Nesi, D., & Meyers, S. M. (2023). Nonsuicidal self-injury among young adults and adolescents: Historical, cultural and clinical understandings. *Social Work in Mental Health*, 22(1), 122–148. https://doi.org/10.1080/15332985.2023.2253669.

Martí, L., Garriga-Cazorla, H., Roman-Juan, J., & Miró, J. (2025). Familyrelated factors in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Eur J Pain*, 29(6), e70038. https://doi:10.1002/ejp.70038.

Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2018). Tolerance for psychological pain and capability for suicide: Contributions to suicidal ideation and behavior. *Psychiatry Research*, 262, 203–208. https://doi:10.1016/j.psychres.2018.02.007

Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., et al. (2021). Incidence, clinical management and mortality risk following self-harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ*, 359, 43–51. https://doi.org/10.1136/bmj.j4351

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193–218. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047

Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 219–230. https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219

Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973–983. https://doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H

Schmitgen, M. M., Niedtfeld, I., Schmitt, R., Mancke, F., Winter, D., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2019). Individualized treatment response prediction of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder using multimodal magnetic resonance imaging. *Brain and Behavior*, 9(2), e01134. https://doi:10.1002/brb3.1134.

Syversen, A. M., Schonning, V., Fjellheim, G. S., Elgen, I., & Wergeland, G. J. (2024). Evaluation of dialectical behavior therapy for adolescents in routine clinical practice: A pre–post study. *BMC Psychiatry*, 24, 447–452. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05675-1

Tali, E., Potharst, E. S., de Bruin, E. I., & Utens, E. M. W. J. (2023). Self-compassion and anxiety in adolescents with and without anxiety disorder. *Children*, 10(7), 1181–1195. https://doi.org/10.3390/children10071181.