

Research Paper



**The Effectiveness of Compassion and Emotion-Focused Therapy on Self-Harming Behaviors and Interpersonal Needs in Female Adolescents with Suicidal Ideation**



Nastaran Jabari <sup>1\*</sup>, Seyed Mojtaba Aghili <sup>2</sup>

1. Master of Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16242

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.18.1](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1402.18.69.18.1)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_16242.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16242.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**  
compassion-focused therapy, emotional therapy, self-harming behaviors, interpersonal needs, suicidal ideation

Received: 2022/06/06  
Accepted: 2022/06/24  
Available: 2023/05/21

The aim of this study was to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy on self-harming behaviors and interpersonal needs in female adolescents with suicidal ideation. This was a quasi-experimental pre-test-post-test study with a control group. The statistical population of the study was all female high school students in District 2 of Tehran in the academic year 2021-2022. 45 people were selected by convenience sampling method and randomly divided into experimental and control groups. Emotional therapy and compassion-based therapy were performed in 8 sessions of 60 minutes in experimental groups 1 and 2, respectively. The control group did not receive any training. Data were collected using Sanson (1998) Self-Injury Questionnaire, Beck Suicide Thought Scale (1979) and Van Arden et al. (2012) Interpersonal Needs Questionnaire and analyzed using multivariate analysis of covariance and Bephroni post hoc test. The results showed that the experimental groups in the post-test stage had a significant decrease in terms of perception of overload, neutrality, neutrality, self-harming behaviors and suicidal ideation ( $P < 0.05$ ). Emotional therapy was more effective than compassionate therapy in reducing the perception of overload, belonging, neutrality, self-harming behaviors, and compassionate therapy was more effective in reducing suicidal ideation. According to the obtained results, it can be said that using both interventions can reduce the feeling of belonging, neutrality, suicidal thoughts and self-harming behaviors in adolescent girls by affecting the perception of overload.



\* Corresponding Author: Nastaran Jabari

E-mail: [nastaran\\_jabari@yahoo.com](mailto:nastaran_jabari@yahoo.com)

مقاله پژوهشی



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی



نسترن جباری<sup>۱\*</sup>، سید مجتبی عقیلی<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16242

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.18.1](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1402.18.69.18.1)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_16242.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16242.html)



چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی انجام شد. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه ناحیه ۲ تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. که تعداد ۴۵ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شد و در گروه‌های آزمایش و گواه به روش تصادفی تقسیم شدند. درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به ترتیب در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ انجام شد گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها به کمک پرسشنامه آسیب به خود سانسون (۱۹۹۸)، مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) و پرسشنامه نیازهای بین‌فردی ون آردن و همکاران (۲۰۱۲) جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون از نظر ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری خنثی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی کاهش معنی‌داری داشتند ( $P < 0.05$ ). درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری در کاهش ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری خنثی، رفتارهای خودآسیب‌رسان داشت و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افکار خودکشی تأثیر بیشتری داشت. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت، به کار بردن هر دو مداخله می‌تواند با تأثیر ادراک سربار بودن، احساس تعلق‌پذیری خنثی، افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان را در دختران نوجوان کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها:

درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان‌مدار، رفتارهای خودآسیب‌رسان، نیازهای بین‌فردی، افکار خودکشی

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۳/۱۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۴/۰۳

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

\* نویسنده مسئول: نسترن جباری

رایانامه: nastaran\_jabari@yahoo.com

مقدمه

دوره نوجوانی که با تغییرات جسمانی، روان شناختی و اجتماعی گسترده همراه است، به دلیل خودمحوری و عدم درک صحیح نوجوانان از رفتارهای خود، مرحله پرچالشی محسوب می شود (اله‌فتحی و همکاران، ۱۳۹۹). به طوری که در این دوره، نوجوانان برای اینکه بتوانند خود و جایگاه خود را در جامعه و خانواده ثابت کنند، و برای عدم نادیده گرفته شدن و مرکز توجه قرار گرفتن ممکن است به انجام رفتارهای پرخطر<sup>۱</sup> دست بزنند (پفاف<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در این دوره است که نوجوان، مسئولیت‌های جدید را می‌پذیرد و مهارت‌های اجتماعی را برای بر عهده گرفتن آن نقش‌ها فرا می‌گیرد (ملکی و سرداری، ۱۳۹۹)، پس اگر الگویی دقیق، روشن و همه جانبه در زمینه رفتار مناسب برای او تعریف و مشخص نشود، به آزمایش نقش‌ها دست می‌زند و در برخی موارد به نادیده گرفتن قواعد می‌پردازد که در نهایت با انجام رفتارهای پرخطر همراه می‌شود (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۰). علی‌رغم کمبود اطلاعات اپیدمیولوژیک جهانی برای نوجوانان، خودکشی همچنان به‌عنوان یکی از علل اصلی مرگ در سراسر جهان به شمار می‌رود و یکی از نگرانی‌های عمده در بهداشت عمومی است (سیمبر و همکاران، ۱۳۹۷). تقریباً یک‌سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند در سنین نوجوانی برای خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند. حدود ۶۰ درصد از افرادی که چنین برنامه‌ای دارند عمدتاً یک سال پس از شروع پیدایش ایده خودکشی در ذهنشان، اقدام به خودکشی می‌کنند آمارها بیان‌گر اهمیت این موضوع درباره نوجوانان می‌باشند (برینر و همکاران، ۲۰۲۱).

افکار خودکشی<sup>۳</sup> نیز افکار ناخواسته همراه با تمایل به خاتمه دادن عمر در زندگی شخصی فرد است (شاپیرو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، و شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (فلاکانی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). وجود افکار خودکشی، منجر به از دست رفتن سال‌های مفید زندگی و تهدید سلامت روان افراد و ایجاد آسیب‌روانی برای خانواده بیماران شده (لیبویر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و مشکلات بسیاری را برای جامعه پدید می‌آورد (یوسفی و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع خودکشی معمولاً یک رویداد واحد نیست، بلکه بیشتر به عنوان یک روند ادامه‌دار از ایده‌های خودکشی، حرکت به سمت یک برنامه خودکشی و آماده‌سازی، اقدام به خودکشی و سرانجام عمل خودکشی مفهوم سازی می‌شود (انگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). بنابراین برای جلوگیری از خودکشی در مراحل اولیه، توجه به مرحله اول مسیر خودکشی کامل، یعنی توجه به ایده‌پردازی خودکشی بسیار مهم است (کیان‌زاد و همکاران، ۱۴۰۰). از این‌رو کاهش افکار خودکشی و جلوگیری از اقدام به خودکشی، هدف اصلی افزایش تعداد

- 1 . High-risk behaviors
- 2 . Pfaff
- 3 . Suicidal thoughts
- 4 . Shapiro
- 5 . Flakani & Timmons Michel
- 6 . Leboyer
- 7 . Ong
- 8 . Grand Keller, De Elbroue
- 9 . Suicidal thoughts
- 10 . Self-harming behaviors

مداخلات روانی- اجتماعی در سال‌های اخیر بوده است. نوجوانان با سابقه خودآسیب‌رسانی با میزان ۷۷ درصد، حداقل یکبار و با میزان ۵۵ درصد، چندین بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. خطر مرگ در اثر خودکشی در طول شش‌ماه اول پس از دوره خودآسیبی، بسیار زیاد است. به عبارتی نوجوانی، دورانی است که ریسک خطر هر دو رفتار در آن بسیار بالا است (گرن‌دک‌لر، دی البروئه<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). در میان عوامل خطر مختلف، افکار خودکشی<sup>۹</sup> به عنوان یکی از نیرومندترین پیش‌بینی کننده‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان<sup>۱۰</sup> در نظر گرفته شده است (تیسمن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ دامیس<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

خود آسیب‌رسانی از جمله مشکلات روانی- اجتماعی هستند که در دوره نوجوانی شیوع بالایی دارند (صفرپور و همکاران، ۱۴۰۰). این رفتارهای خودآسیب رسان به عنوان تخریب یا تغییر عمده بافت‌های بدن که منجر به آسیب به بافت‌های بدن فرد خودآسیب‌رسان می‌شود (رایمن<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، مانند: خراش پوست، بریدن، سوزاندن، کوبیدن سر، ضربه زدن به خود و... تعریف شده است (بورنت<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)؛ و با ناتوانی در مقاومت در برابر ضربه، افزایش حس تنش قبل از انجام و تجربه آزادی و تسکین پس از انجام در قالب ویژگی‌های ضروری همراه است (استاچی، میشارا<sup>۱۵</sup>، ۲۰۲۱). فرد این رفتارها را به قصد آگاهانه کشتن خود و یا تخطی از رفتارهای مورد پذیرش اجتماعی، انجام نمی‌دهد (دماوندیان و همکاران، ۱۴۰۰). رفتارهای خودآسیب‌رسان، پدیده‌ای است که هنوز یافته‌های زیادی در مورد علت بروز آن به دست نیامده است و مانند پازلی تکمیل نشده می‌ماند (هولدن<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

در بروز رفتار خودجرحی عوامل متعددی از قبیل: سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، بیکاری، موارد مربوط به اختلالات شخصیتی، سوء مصرف مواد، تنظیم هیجانات ناسازگار (کیکنز<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، سابقه قرار گرفتن در معرض حوادث آسیب‌زا در زندگی، اختلال در عملکرد خانواده را ذکر کرده‌اند (طالب خواه و همکاران، ۱۳۹۹)، یکی از مهم‌ترین این عوامل نیازهای بین‌فردی است (کیانی چلمردی و همکاران، ۱۳۹۷). بر اساس نظریه روان شناختی- نیازهای بین‌فردی<sup>۱۸</sup>، تمایل به مرگ نتیجه تلفیق دو حالت بین‌فردی تعلق‌پذیری خنثی<sup>۱۹</sup> و احساس سربار بودن<sup>۲۰</sup> است (کیانی و همکاران، ۱۳۹۸). تعلق‌پذیری خنثی یعنی حس تعلق‌پذیری کم و باور فرد بر اینکه او از دیگر افراد جداست و به خانواده، گروهی از دوستان یا گروه خاصی تعلق ندارد که خود شامل دو عامل تنهایی و نبود مراقبت دو سویه است (والی نژاد و همکاران، ۱۴۰۰). ادراک سربار بودن احساسی است که فرد وجود خودش را به عنوان سربار در خانواده، بین دوستان یا در جامعه

- 11 . Timson
- 12 . Damis
- 13 . Ryman
- 14 . Burnett
- 15 . Stachy, Mishara
- 16 . Holden
- 17 . Kickens
- 18 . Interpersonal needs
- 19 . Neutral belonging
- 20 . Feeling overwhelmed

هیجان‌محور است که مراجعان را نسبت به هیجان‌های مثبت و منفی خود آگاه می‌کند و آنها را به سمت پذیرش سوق می‌دهد (وچی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این روش از سه مولفه شامل مهربانی با خود در سختی‌ها و تجربه‌های استرس‌زا به جای قضاوت خود، اشتراکات انسانی و اجتناب ناپذیر بودن و شکست به جای انزوا و آگاهی متعادل از احساس‌ها و افکار خود به جای همسان‌سازی افراطی تشکیل شده است (موریسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت‌درمانی با آگاهی از اجتناب ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت‌آمیز و پذیرای فرد با خودش می‌شود (جیانگ و چن<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). مطالعات احمدی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی و میل به خودکشی در زنان اثربخش است. فروستادوتیر و دورجی (۲۰۲۰) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش افکار خودکشی در زنان می‌گردد. پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین‌فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. دماوندیان و همکاران (۱۴۰۰) دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت، موجب کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان شده است. ریبیرود و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش رفتارهای ضد اجتماعی اثربخش است.

از آنجا که افکار خودکشی در نوجوانان برای نظام بهداشتی کشور پرهزینه بوده و از طرفی با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور سازگار نیست، بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد. نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند به منظور برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری و کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان نوجوانان و کاهش افکار خودکشی و افزایش سلامت‌روان دختران خود آسیب‌رسان به کار گرفته شود. بدون شک در صورت تأیید نتایج و به کارگیری نتایج تحقیق در قالب کارگاه‌های آموزشی برای این جمعی خاص، از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه‌های مادی و انسانی تحمیل شده به مراجع و نهادهای ذی نفع صرفه‌جویی خواهد شد. همچنین به دلیل ناکافی بودن پژوهش‌ها در سطح جهان و عدم وجود پژوهش در کشورمان در ارتباط با مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خود آسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی، پژوهش حاضر درصدد است که کارایی دو روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار را بر رفتارهای خود آسیب‌رسان، نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی مورد بررسی و ارزیابی قرار دهد.

تصور می‌کند. این احساس ممکن است با این افکار همراه باشد که فرد فکر می‌کند اگر بمیرد، بهتر است یا اوضاع خانواده در نبود او بهتر می‌شود (ریبرو و جوینر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش والی نژاد و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که نیازهای بنیادین روانشناختی با واسطه‌تعلق‌پذیری خنثی، ادراک باری بودن و تعارض والد-نوجوان بر جرح خویشتن غیرخودکشی گرا و ایده پردازشی خودکشی اثر غیرمستقیم معنادار دارند. نتایج پژوهش هیل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸) آشکار کرده است ادراک سربار بودن و تعلق‌پذیری خنثی منجر به ایده‌پردازی خودکشی می‌شود.

در زمینه‌ی طراحی برنامه‌های مداخله و بررسی اثر بخشی آن در زمینه کاهش رفتارهای پرخطرانه و خودآسیب‌رسان نوجوانان، پژوهش‌های معدودی انجام شده است، و اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت، کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته یا اصلاً مورد توجه قرار نگرفته است. رویکرد هیجان‌مدار<sup>۳</sup> یکی از رویکردهایی است که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجان‌های فردی تمرکز دارد (میکلوویتز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، و تلفیقی از دیدگاه‌های سیستمی، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی است (زواک و گرینبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰) و برای مقابله با انواع اختلالات اضطرابی، گسترده‌ای از تروماها و پریشانی‌های ناشی از اتفاق‌های زندگی می‌باشد (سید شریفی و نوابی نژاد، ۱۳۹۸) و شامل روش‌های مبتنی بر فعال کردن هیجان قوی اولیه‌ای است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود (فتحی و همکاران، ۱۳۹۹). این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس از اینکه دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد؛ به همین دلیل افراد رفته رفته موفق می‌شوند هیجان‌ات سرکوب شده و ناآشنای که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند (بروباچر و جانسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). تغییر در درمان هیجان‌مدار به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیربنایی تعامل کشف شده و تجربه می‌شوند و مجدداً مورد پردازش قرار می‌گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند (شاهار<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات بنتلی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر کاهش رفتارهای خودجرحی اثربخش است. میکلوویتز و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که درمان هیجان‌مدار بر افکار و رفتار خودکشی جوانان اثربخش است. جودکی (۱۴۰۰) نشان داد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی زنان اثربخش است.

یکی دیگر از شیوه‌های درمانی که اثربخشی آن در زمینه‌های مختلفی از جمله، آشفتگی هیجانی، سلامت‌روان، موفقیت‌آمیز بوده است، درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد (نبوی و همکاران، ۱۴۰۰). شفقت به معنای نرمی و لطافت به همراه آگاهی عمیق از رنج و استرس و تلاش برای رهایی از آن است و می‌تواند از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش باعث بهبودی سلامت و کیفیت زندگی شود (کلایر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت‌درمانی نوعی راهبرد

1. Ribery & Joyner
2. Hill
3. Excitement-oriented approach
4. Miklovitz
5. Zwack & Greenberg
6. Brubacher & Johnson

7. Shahr
8. Claire
9. Wechi
10. Morrison
11. Jiang & Chen

## روش

طرح تحقیق این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن اثربخشی دو متغیر مستقل یعنی درمان هیجان‌مدار و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای وابسته یعنی رفتارهای خودآسیب‌رسان، نیازهای بی‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه ناحیه ۲ تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا یکی از نواحی آموزشی تهران به شیوه در دسترس انتخاب شد و از میان مدارس آن ناحیه، ۲ مدرسه میقات و نور ایمان انتخاب و پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان بر روی آنان اجرا و از بین دانش‌آموزانی که نمرات بالاتری کسب کردند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و این افراد به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ درمان هیجان‌مدار (۱۵ نفر)، گروه آزمایش ۲ درمان مبتنی بر شفقت (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایش ۱ تحت ۸ جلسه درمان هیجان‌مدار و گروه آزمایش ۲ تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند و گروه گواه تا پایان پژوهش، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نمره حداکثر در رفتارهای خودآسیب‌رسان، عدم استفاده از درمان روانشناختی و داروهای روان‌درمانی در زمان مطالعه. همچنین ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. برای اینکه پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد عمل آزمایشی به طور روشن و شفاف توضیح داده شد، تداخل عمل‌های آزمایشی با ایجاد ملاک ورود و خروج کنترل شد (و افرادی که نوعی از روان‌درمانی یا دارو درمانی دریافت می‌کنند از مداخله خارج می‌شوند).

## ابزارها

**پرسشنامه آسیب به خود سانسون (۱۹۹۸):** پرسشنامه خودگزارشی ۲۲ آیتمی (با پاسخ بله / خیر) است که سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ دهندگان بررسی می‌کند. پرسشنامه آسیب به خود بر خلاف سایر پرسشنامه‌هایی که در این حیطه قرار می‌گیرند، تنها مقیاسی است که در تشخیص اختلال شخصیت مرزی قابل استفاده است. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده اند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. مانند سوء مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغلی به صورت عمدی. پرسشنامه مذکور به منظور استفاده در جمعیت‌های روانپزشکی طراحی شده است. مطالعه اعتبار این پرسشنامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه بندی دقیق ۸۴٪ از پاسخ دهندگانی که براساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی ۲ واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، در طبقه اختلال شخصیت مرزی گردید (سانسون و ویدرمن، ۱۹۹۸). تحقیقات بعدی اعتبار همگرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی، افسردگی و سابقه آزاردیدگی در کودکی نشان داده اند؛ در مطالعه

هاشمی رزینی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده است.

**پرسشنامه نیازهای بین فردی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط ون آردن و همکاران (۲۰۱۲) ساخته شده است و یک ابزار ۱۵ ماده‌ای از تعلق‌پذیری خنثی (۹ ماده، میانگین نمرات از ۹ تا ۶۳) و ادراک باری بودن (۶ ماده، میانگین نمرات از ۶ تا ۴۲) است. این پرسشنامه دارای چندین نسخه (۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۵ ماده‌ای) است که طبق گزارش (هیل و همکاران، ۲۰۱۵) نسخه‌های ۱۰ و ۱۵ ماده‌ای بهترین میزان روایی درونی و تناسب با مدل تحلیل عاملی اکتشافی را دارند. نسخه ۱۵ ماده‌ای به صورت خودگزارش دهی از شرکت‌کنندگان می‌خواهد که بهترین گزینه ممکن را متناسب با باورهایشان در مورد حد ارتباط با دیگران (تعلق‌پذیری) و حدی که فکر می‌کنند که سربار دیگران هستند (ادراک باری بودن) را در یک مقیاس ۷ لیکرتی کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۷) مشخص می‌کنند (هیل و همکاران، ۲۰۱۵). نمره بالاتر در این مقیاس به معنای ادراک باری بودن و تعلق‌پذیری خنثی، بیشتر است (هیل و همکاران، ۲۰۱۵). که این هم نشانگر باور فرد بر این است که او در تعامل‌های اجتماعی منشا مشکلات و آسیب‌ها برای اطرافیان خود است (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش هیل و همکاران (۲۰۱۵) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمده است و نتایج عاملی تاییدی برای تعیین روایی نیز مویب این است که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با ماده‌ها (کلیه شاخص‌های نیکویی برازش بالاتر از ۰/۹۵) دارد و مدل را تایید می‌کند. در پژوهش میتچل و همکاران (۲۰۱۹)، آلفای کرونباخ تعلق‌پذیری خنثی، ۰/۹۱ و ادراک باری بودن، ۰/۹۴ گزارش شده است. پژوهش کیانی چلمردی هنرمند و همکاران (۱۳۹۷) نشان داده است که مدل نظریه بین فردی خودکشی در جمعیت ایرانی برازش مناسبی (بالاتر از ۰/۹۵) دارد و می‌تواند خودکشی را پیش‌بینی کند. در مطالعه رشید و همکاران (۱۳۹۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب نسبی روایی محتوا ۰/۷۰ و روایی محتوایی ۰/۹۰ بود. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای ادراک باری بون و تعلق‌پذیری خنثی و به طور کلی ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۸ به دست آمد.

**مقیاس افکار خودکشی<sup>۲</sup>:** مقیاس ایده‌پردازی خودکشی توسط بک و همکاران، برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد (بک<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۷۹). مقیاس ایده‌پردازی خودکشی بک، برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی گرایانه فراهم می‌کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ گویه است که بر روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه‌بندی می‌شود. پایایی و روایی مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی بک، در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. در مطالعه سوکی<sup>۵</sup> (۲۰۱۸) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار آزمون-بازآزمون آن برابر ۰/۶۹ به دست آمده است. اعتبار مقیاس در تحقیق

4 . Beck  
5. Sueki

1. Sanson Self Injury Questionnaire  
2 . Interpersonal Needs Questionnaire  
3 . Suicide Thought Scale



دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه میتوان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین جلسه دوم واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی جلسه چهارم و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز»
پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در جلسه پنجم زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویربرداری شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی.
هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای جلسه هشتم پس از آزمون.

لقایی و همکاران (۱۳۹۹) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ گزارش شده است.

**مداخله درمانی**

جلسات درمان هیجان‌مدار در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمانی هیجان‌مدار لسللی و گرینبرگ (۲۰۱۰)، ترجمه اکبری و رفیع (۱۳۹۶) اقتباس شده است که محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل می‌باشد.

**ساختار جلسات درمان هیجان‌مدار**

جلسات	محتوا
اول	معرفی و ایجاد رابطه درمانی؛ پذیرش اعضای گروه و خوش آمدگویی؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاوره؛ بیان کلی در مورد اهداف درمان هیجان‌مدار؛ بیان مقررات و اصول جلسات؛ اهمیت رعایت نظم و فعال بودن در بحث‌ها و انجام دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات؛ تعداد و مدت آنها
دوم	پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی) مشترک اعضا، کشف تعاملات مشکل‌دار و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی آشفته‌ساز، مشخص کردن رابطه پاسخ‌های هیجانی اعضا با سطوح دلبستگی‌شان، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی
سوم	ایجاد فضای امن ارتباطی اعضای گروه؛ کشف و شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده؛ ابراز احساسات و هیجانات خالص؛ کشف ترس‌ها و نایمنی‌های اساسی در ارتباطات اعضا؛ کمک به اعضا جهت تجربه مجدد عواطف
چهارم	شکل‌دهی مجدد چرخه تعاملات، روشن ساختن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین شخص درمانگر و اعضای گروه؛ پذیرش چرخه تعامل توسط اعضا
پنجم	پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دلبستگی انکار شده هیجانات تلفیق‌نیازها با تعاملات، کمک به خودآشنایی بیشتر اعضا
ششم	گسترش تجربه‌های هیجانی هر یک از اعضا، افزایش پذیرش تجربه‌های اطرافیان، تملک هیجانات، افزایش پذیرش پاسخ‌های تعاملی جدید، هماهنگ نمودن تشخیص درمانگر با اعضای گروه.
هفتم	تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها جهت ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک‌های جدید؛ تعاملات، تغییر رفتارهای آسیب‌رسان؛ بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی و پاسخ به سوالات اعضای گروه.
هشتم	تحکیم چرخه ایجاد شده فعلی؛ پذیرش وضعیت‌های جدید؛ مرور یادگیری‌های اصلی درمان توسط اعضای گروه؛ بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی اجرای طرح آموزشی

محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت، بر اساس ساختار جلسات گیلبرت (۲۰۱۰) می‌باشد.

**ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت**

جلسات	شرح جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه جلسه اول درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسّف برای خود

**روند اجرای پژوهش**

پس از هماهنگی با مسئولین مربوطه و مدیریت مدرسه، در جلسه‌ای توجیهی با همکاری مشاور مدرسه، پرسشنامه رفتارهای پرخطر بر دانش‌آموزان مقطع متوسطه اجرا شد، سپس از بین دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از خط برش (۵) دریافت نمودند ۴۵ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر)، از دانش‌آموزان مورد مطالعه خواسته شد تا ضمن اعلام رضایتنامه شرکت‌آگاهانه در پژوهش، در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها را مطالعه کرده و به آن پاسخ دهند. همچنین به آنان توضیح داده شد که پاسخ صحیح و غلط وجود ندارد و بهترین پاسخ، پاسخی است که گویای وضعیت واقعی آنها باشد. گروه آزمایش ۱ تحت ۸ جلسه درمان هیجان‌مدار و گروه آزمایش ۲ تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت هر هفته دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در اتاق مشاوره مدرسه قرار گرفتند و گروه گواه تا پایان پژوهش، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است دو درمانگر آموزش‌دهنده، متخصص و دارای مدرک ارشد تخصصی درمان

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، دوره ۱۸، شماره ۶۹، بهار ۱۴۰۲

بررسی می‌شود، نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها در هر سه گروه برقرار است که برای ادراک سربار بودن ( $F=0/512, P=0/749$ )، تعلق‌پذیری‌خنثی ( $F=7/752, p=0/610$ )، رفتارهای خودآسیب‌رسان ( $F=0/539, P=0/884$ ) و افکار خودکشی ( $F=0/512, P=0/637$ ) می‌باشد. بنابراین استفاده از روش تحلیل کوواریانس مجاز است.

هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت بودند. پس از پایان مداخلات، پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون مجدداً اجرا گردید. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار، گروه گواه جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفت و مداخله درمانی نیز بر آنان اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح اطمینان ۰/۹۵ استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش دامنه سنی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش با میانگین و انحراف معیار (۲/۵۱) ۱۶/۷۴ بود؛ و در گروه گواه میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان، (۲/۱۷) ۱۶/۳۱ بود. ۲۰ نفر (۴۸٪) در پایه اول متوسطه و ۲۵ نفر (۵۲٪) در پایه دوم متوسطه مشغول به تحصیل بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلک گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین

نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	معنی‌داری
اثر بیلابیلی	۰/۶۳۹	۳	۲۵	۱۶/۵۷	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۲۶	۳	۲۵	۳۳/۰۷	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۳/۲۷۹	۳	۲۵	۵۸/۲۷	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه	۳/۲۷۹	۳	۲۵	۱۲۵/۲۴	۰/۰۰۰

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیرو-ویلک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		شاپیرو-ویلک
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ادراک سربار بودن مدار	درمان هیجان مدار	۲۴/۱۰	۴/۶۸	۱۶/۳۲	۳/۴۱	۰/۰۷
	گواه	۲۴/۶۷	۴/۸۹	۲۲/۴۵	۳/۵۶	۰/۳۲
شفقت درمانی	درمان هیجان مدار	۲۳/۲۰	۳/۷۲	۲۴/۱۸	۴/۲۱	۰/۱۷
	گواه	۲۱/۴۷	۳/۲۹	۱۹/۵۲	۲/۱۲	۰/۲۴
تعلق‌پذیری‌خنثی مدار	درمان هیجان مدار	۲۰/۸۴	۲/۵۹	۱۷/۳۳	۲/۷۵	۰/۱۹
	گواه	۲۱/۲۷	۳/۸۱	۲۲/۱۴	۳/۹۴	۰/۳۶
رفتارهای خودآسیب‌رسان مدار	درمان هیجان مدار	۲۱/۵۲	۲/۲۹	۱۵/۳۱	۳/۱۱	۰/۱۴
	گواه	۲۲/۴۱	۲/۵۳	۱۶/۱۷	۳/۲۲	۰/۴۱
شفقت درمانی	درمان هیجان مدار	۲۱/۱۴	۲/۴۶	۲۲/۵۴	۲/۷۱	۰/۳۲
	گواه	۳۰/۱۸	۲/۲۶	۲۵/۵۲	۴/۴۸	۰/۱۷
افکار خودکشی مدار	درمان هیجان مدار	۳۱/۱۵	۲/۶۹	۲۰/۱۱	۳/۳۳	۰/۱۱
	گواه	۳۱/۷۳	۳/۴۵	۲۲/۳۹	۳/۶۹	۰/۲۹

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن است که بین دانش‌آموزان دختر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری‌خنثی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ )، برای پی بردن به این که از لحاظ کدام متغیر بین سه گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به یافته‌های جدول ۱، می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری‌خنثی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی تاثیر داشته است. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که این پیش‌فرض‌ها با مقادیر ( $P > 0/05$ ) مورد تایید قرار گرفت. با توجه به مقدار معناداری و عدم رد فرضیه صفر، توزیع نمرات ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری‌خنثی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است. بنابراین می‌توان از آماره پارامتریک و سایر آزمون‌ها برای آزمون فرضیه استفاده نمود. جهت استفاده تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه تایید فرض همگنی واریانس‌ها

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون ادراک سربار بودن،

تعلق‌پذیری‌خنثی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزوات آزادی	درجه مجزوات آزادی	F	معنی‌داری	اثر
ادراک سربار بودن	پیش‌آزمون	۳۱/۸۷۲	۱	۰/۷۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	گروه	۱۱۲/۷۹۶	۱	۱/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
تعلق‌پذیری‌خنثی	پیش‌آزمون	۲۵۴۱/۱۳۴	۴۵	۱۰۳۵/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	گروه	۶۸۱/۵۹۷	۱	۶/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶
رفتارهای خودآسیب‌رسان	پیش‌آزمون	۶۰۶۷	۱	۰/۶۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۵۱/۲۹۹	۱	۵/۲۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۳۶۴۱/۱۱	۱	۲۷۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	گروه	۱۴۷۷/۸۷	۱	۵۶/۷۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	خطا	۵۷۲/۸۷	۴۵	N/A		

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، با گواه پیش‌آزمون بین دانش‌آموزان دختر گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ ادراک سربار بودن ( $F=1/136, P=0/001$ )، تعلق‌پذیری‌خنثی ( $F=6/896, P=0/001$ )، رفتارهای خودآسیب‌رسان

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه گواه هر دو درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت، باعث کاهش ادراک سربار بودن و تعلق‌پذیری‌خنی در نوجوانان دختر شد؛ اما اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر متغیرهای مذکور بیشتر از درمان مبتنی بر شفقت بود. این یافته با نتایج مطالعات والی نژاد و همکاران (۱۴۰۰)، جودکی (۱۴۰۰)، رضایی و همکاران (۱۳۹۷) و هیل و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که با توجه به اینکه ادراک سربار بودن به معنای احساس بی‌ارزشی، تنفر از خود و بی‌استفاده بودن معنا شده است، و درمان هیجان‌مدار، با فعال کردن هیجان قوی اولیه‌ای که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود، به واسطه درمان هیجان‌مدار، دانش‌آموزان نسبت به گذشته جرات‌مندتر شده و می‌توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش، احساس تنفر، بی‌ارزشی و بی‌استفاده بودن یعنی ادراک سربار بودن را مورد سوال قرار دهند (زواک و همکاران، ۲۰۲۰). درمان هیجان‌مدار دریافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می‌گیرد تا به طور تجربی بتواند در درجه اول، یک حس فراتجربی از خود ارتباط با لحظه اکنون، ایجاد نموده، هیجانات سرکوب شده و ناآشکاری که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند و با کشف پاسخ‌های هیجانی زیربنایی و تجربه مجدد، تعاملات جدیدی شکل دهند که حاصل آن کاهش تعلق‌پذیری‌خنی و ادراک سربار بودن می‌باشد. و از سویی با درمان مبتنی بر شفقت، دانش‌آموزان از ماهیت خشن، نفرت‌انگیز و تخریب‌گرایانه انتقادها و به ویژه خودانتقادی‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه شده و به این درک دست می‌یابند که لازم است بین خود و انتقادی که نسبت به عملکرد خود ابراز می‌نمایند، تمایز قائل شوند تا خودانتقادی را حذف کنند که منجر به کاهش ادراک سربار بودن و احساس تعلق‌پذیری‌خنی است (والی نژاد و همکاران، ۱۴۰۰).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت رفتارهای خودآسیب‌رسان را در نوجوانان دختر کاهش داده است. این یافته با نتایج مطالعات دماوندیان و همکاران (۱۴۰۰)، ریب‌ریود و همکاران (۲۰۱۹) و بنتلی و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار با تلفیق نیازها با تعاملات، ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک‌های جدید؛ تغییر رفتارهای آسیب‌رسان؛ بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی به نوجوانان کمک می‌کند تا باورها و افکار ناسازگار خود را شناسایی کرده و باورهای و رفتارهای انطباقی و منعطف‌تری را به جای داشتن افکار خودآسیبی و اقدام بر اساس این افکار در پاسخ به هیجانات منفی خود اتخاذ کنند. و با بهبود مهارت‌های سازگاران تنظیم‌هیجان به نوجوانان کمک می‌کند که افکار منفی خود را کنترل کنند و از بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در خود جلوگیری کنند. وقتی نوجوان هیجانات منفی کمتری را تجربه کنند و توان مدیریت افکار منفی خود را داشته باشد برای تخلیه هیجانی آنی خود آسیب کمتری به خود وارد می‌کند.

( $F=5/267$ ) و افکار خودکشی ( $F=56/793$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که میزان تاثیر یا تفاوت برای ادراک سربار بودن  $0/59$ ، تعلق‌پذیری‌خنی  $0/46$ ، رفتارهای خودآسیب‌رسان  $0/55$  و افکار خودکشی  $0/53$  می‌باشد. توان آماری برابر با  $1/00$  است، به عبارت دیگر امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۴. آزمون مقایسه‌های چندگانه میانگین نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه آزمایش (۱)، آزمایش (۲) و گروه گواه

متغیر وابسته	درمان I	درمان J	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
ادراک سربار بودن	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	3/12	2/12	0/002
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	5/32	3/48	0/001
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	2/41	1/26	0/001
تعلق‌پذیری‌خنی	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	1/31	2/75	0/001
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	6/26	3/96	0/004
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	5/37	2/28	0/002
رفتارهای خودآسیب‌رسان	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	4/12	2/41	0/003
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	7/74	4/16	0/003
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	3/21	1/58	0/001
افکار خودکشی	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	5/24	2/26	0/002
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	7/73	3/18	0/001
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	12/80	5/77	0/001

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین پس‌آزمون ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری‌خنی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر گروه آموزش درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P<0/01$ ). به عبارت دیگر، درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت با توجه به میانگین ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری‌خنی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر دو گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، موجب کاهش این متغیرها شده است. همچنین درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت در کاهش ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری‌خنی، رفتارهای خودآسیب‌رسان تاثیر بیشتری داشته و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افکار خودکشی تاثیر بیشتری داشته است.



تعلق پذیری خنثی و ادراک سربار بودن آنها کاهش یافته و موجبات سلامت روان ایشان فراهم می‌گردد.

### منابع

احمدی، راحله؛ سجادیان، ایلناز؛ جعفری، فریبا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. *پوست و زیبایی*، ۱۰ (۱)، ۱۸-۲۹.

اله فتاحی، آیت؛ سراجی، فرهاد؛ شریفی رهنمو، سعید؛ کاظمی گوران، مطهره؛ شریفی رهنمو، مجید. (۱۳۹۹). رفتارهای پرخطر نوجوانان دختر براساس انواع هوش. *پژوهش های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*، ۲۸ (۲)، ۴۵۰-۴۶۸.

جودکی، اعظم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی و استرس ادراک شده در زنان مواجه شده با خیانت همسر. *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*، ۹ (۱۳)، ۱۱-۱۰.

دماوندیان، ارمغان؛ گلشنی، فاطمه؛ صفاری نیا، مجید؛ و باغدادسارانس، آنیئا. (۱۴۰۰). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، رفتارهای خود آسیب رسان و خود تنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. *پژوهش های روانشناسی اجتماعی*، ۱۱ (۴۱)، ۳۱-۵۸.

رضایی، نازیلا؛ سهرابی، احمد؛ و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۹ (۴)، ۴۴-۵۵.

رشید، سجاد؛ کیانی چلمردی، احمدرضا؛ خرمدل، کامران؛ غلامی، فرهاد، و سنوبر، لیلا. (۱۳۹۶). رابطه نظریه روان شناختی بین فردی سازه های خودکشی (تنهایی، حمایت اجتماعی ادراک شده، تعلق خنثی شده و بار سنگین) و رفتار خودکشی در دانشجویان ایرانی. *بهداشت ارتقاء سلامت*، ۴ (۲)، ۳۵-۴۸.

سیدشریفی، منصوره؛ نوابی نژاد، شکوه؛ و فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانگری بر خودکارآمدی والدگری مادران سرپرست خانواده. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۶)، ۴۱۵-۴۰۷.

سید جعفری، جواد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۳۰ (۳)، ۴۰-۵۲.

صفاریپور، افسانه؛ قمری، محمد؛ و حسینیان، سیمین. (۱۴۰۰). نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین سبکهای هویت و رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان. *رویش روان شناسی*، ۱۰ (۸)، ۱۹۷-۲۰۸.

طالب خواه، پرینسا؛ سجادیپور، سید حامد؛ صادقی، الهه؛ و جاجرمی، نیلوفر. (۱۳۹۹). مقایسه خودکارآمدی عمومی در نوجوانان با و بدون رفتار خودجرمی (مطالعه موردی: شهرستان بجنورد). *فصلنامه علمی دانش انتظامی خراسان شمالی*، ۷ (۲۶)، ۱۰۷-۱۲۱.

فتحی، سمیه؛ پویامنش، جعفر؛ قمری، محمد؛ و فتحی اقدم، قربان. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجانمدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و تاب آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن. *نشریه سلامت جامعه*، ۱۴ (۴)، ۸۷-۷۵.

کیان زاد، سپیده؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مهربانی، حسینعلی؛ و موسوی، سیدغفور. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام کننده به خودکشی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۶)، ۱۷۶۷-۱۷۸۶.

کیانی چلمردی، احمدرضا؛ رشید، سجاد؛ هنرمند، پژمان؛ و تموک، فاطمه. (۱۳۹۷). بررسی ساختاری مدل نظریه بین فردی خودکشی در دانشجویان. *روانشناسی معاصر*، ۱۳ (۱)، ۶۱-۵۰.

لذا منطقی است که درمان هیجان مدار بر رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان موثر باشد (صفاریپور و همکاران، ۱۴۰۰). نوجوانان به واسطه دریافت درمان مبتنی بر شفقت، سختگیری کمتری نسبت به خود داشته، ظرفیت بیشتری نیز برای مواجهه با مسایل چالش زا خواهند داشت که این ویژگی منجر به کاهش تنش و افزایش سلامت روانشناختی و در نتیجه کاهش رفتارهای خودآسیب رسان می‌شود (تیسمن و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افکار خودکشی بیشتر از درمان هیجان مدار بود. این یافته با نتایج مطالعات احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، فروستادوتیر و دورچی (۲۰۲۰) و میکلوویتز و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که شفقت درمانی، شفقت به خود را در دختران نوجوانان بالا می‌برد. افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت تر کنار می‌آیند. عکس العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر مشکلاتشان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به سمت خوددفاعی و نه به سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود. یکی از مشخصه‌های اشتراکات انسانی، پذیرفتن این است که همه افراد نواقص و اشتباهاتی دارند و حتی در بعضی مواقع درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند. در مقابل همانندسازی فزاینده، هوشیاری قرار دارد که منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود که باعث می‌شود جوانب دردناک زندگی نادیده گرفته نشود، اما مکرراً ذهن را هم درگیر نسازد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع می‌توان گفت که شفقت درمانی با ایجاد رویکرد ارتباطی از نشخوار فکری می‌کاهد، دانش آموزان می‌پذیرند که رنج و شکست بخشی از شرایط انسانی است و همه انسان‌ها مستحق شفقت و مهربانی هستند. در طول درمان مطلع می‌شوند که شرایط زندگی هر شخصی کامل و بدون نقص نیست و هر انسانی در رنج‌هایش تنها نبوده، او نیست که دچار چنین مشکلاتی هست در نتیجه مشکلات شامل همه انسانها است. با این وجود می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش افکار خودکشی آنها می‌شود (سیدجعفری، ۱۳۹۸).

تک جنسیتی بودن نمونه‌ی پژوهش حاضر و محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به ناحیه ۲ تهران از جمله محدودیت‌هایی است که باید تعمیم نتیجه‌ی پژوهش به سایر جامعه‌های آماری با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه با نمونه‌های بزرگتر، در شهرهای مختلف و در مورد جنسیت مردان نیز انجام شود. با عنایت به این موضوع که رفتارهای خودآسیب رسان در بین قشر نوجوان در حال فزونی است، به نظر می‌رسد می‌توان از پکیج‌های آموزشی درمان هیجان مدار برای کاهش اثرات منفی رفتارهای خودآسیب رسان استفاده عملی نمود. به مسئولین ذیربط نیز پیشنهاد می‌شود ضمن شناسایی دانش آموزانی که در حیطه‌های روانشناختی، به ویژه رفتارهای خودآسیب رسان و افکار خودکشی دچار مشکل هستند، شرایطی فراهم آورند تا تحت آموزش فنون درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت قرار بگیرند. در این صورت احساس

- Burnett, A., Chen, N., Zeritis, S., Ware, S. (2022). Machine learning algorithms to classify self-harm behaviours in New South Wales Ambulance electronic medical records: A retrospective study. *International Journal of Medical Informatics*, 161(5), 73-81.
- Brubacher L, Johnson SM. (2018). Clarifying the Negative Cycle in Emotionally Focused Therapy. *J Encyclopedia Couple Family Therapy*, 23(2), 71-80.
- Bentley, H., Nock, M., Sauer-Zavala, SH., Gorman, S., Barlow, D. (2017). A functional analysis of two transdiagnostic, emotion-focused interventions on nonsuicidal self-injury. *Consult Clinical Psychology*, 85(6), 632-646.
- Beck, AT., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Brière, FN., Rohde, P., Seeley, JR., Klein, D., Lewinsohn, PM. (2021). Adolescent suicide attempts and adult adjustment. *Depression and anxiety*, 32(4), 270-6.
- Cleare S, Gumley, A & O'Connor R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5), 511-530.
- Dumith, S. C., Demenech, L. M., Carpena, M. X., Nomiya, S., Neiva-Silva, L., & Loret de Mola, C. (2020). Suicidal thought in southern Brazil: Who are the most susceptible? *Journal of Affective Disorders*, 260, 610-616.
- Eustache, O., Mishara, B. (2021). Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. *Preventive Medicine*, 152(1), 84-92.
- Falcone, T. & Timmons-Mitchell, J (2018). *Mood Disorders and Suicide*. Suicide Prevention: A Practical Guide for the Practitioner. Berlin: Springer, Cham.
- Frostadottir, A., Dorjee, D. (2020). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients with Depression, Anxiety, and Stress. *Frontal Psychology*, 17(10), 1099-1107.
- Gilbert P, McEwan K, Matos M, & Rivis A. (2010). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84(3), 239-255.
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M. R. (2019). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS One*. 11(4), 1-15.
- Holden, R., Campos, R., Lambert, C. (2020). Psychological pain and self-harming behaviours in an adulthood community sample: An exploratory study. *The European Journal of Psychiatry*, 34(3), 173-176.
- Hill, R. M., Del Busto, C. T., Buitron, V., & Pettit, J. W. (2018). Depressive symptoms and perceived burdensomeness mediate the association between anxiety and suicidal ideation in adolescents. *Archives of Suicide Research*, 22(4), 555-568.
- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the interpersonal needs questionnaire: comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across Five Versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 302-314.
- کیانی، احمدرضا؛ درگاهی، شهریار؛ احمدبوکانی، سلیمان؛ و اسماعیل بیگی ماهانی، منیره. (۱۳۹۸). نقش نگرش به زندگی در احساس سرپار بودن و تعلق پذیری خنثی در جانبازان. *پرستار و پریشک در رزم*، ۷(۲۴)، ۶۶-۷۱.
- لقایی، مرضیه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهنا؛ و ارشدی، نسرين. (۱۳۹۹). مدل یابی معادلات ساختاری ایده پردازی خودکشی دانشجویان بر اساس تاب آوری و راهبردهای مقابله ای با نقش میانجی افسردگی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۰(۴۰)، ۲۷-۴۶.
- لسلی، اس؛ گرینبرگ. (۲۰۰۵). *درمان هیجان‌مدار: اصول و مبانی*. ترجمه اکبری، حبیب‌الله؛ رفیع، طاهره. (۱۳۹۶). انتشارات بات.
- ملکی گلندوز، پری؛ سرداری، باقر. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۳)، ۵۱-۶۸.
- نوروزی، خدیجه؛ مجتبیایی، مینا؛ و صابری، هایده. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش یوگا مبتنی بر ذهن آگاهی و مدیریت خود بر رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۶(۳)، ۴۷-۵۸.
- نوبی، محبوبه؛ شهبازی، مسعود؛ و کرایبی، امین. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانگری دیالکتیکی بر کاهش تعارض زناشویی زنان در آستانه طلاق. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۹۱۲-۱۸۹۷.
- والی‌نژاد، آرزو؛ نعمت‌طاوسی، محترم؛ رضایخش، حسین؛ کراسکیان مومجمناری، آدیس؛ و هواسی‌سومار، ناهید. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای نیازهای بین‌فردی، تعارض والد - نوجوان در رابطه بین سبک‌های والدگری، نیازهای بنیادین با جرح خویشتن غیرخودکشی‌گرا، ایده‌پردازی خودکشی. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۵(۳)، ۵۳۷-۵۶۴.
- هاشمی رزینی، هادی؛ دهقان، مجتبی؛ و رسولی، علی. (۱۳۹۷). تمیز افراد خود آسب رسان از افراد عادی بر اساس تجربه‌های مثبت و منفی، نوروزگرایی و ریخت‌های ارزشی انگیزشی. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۲(۴)، ۵۵۳-۵۷۱.
- یوسفی، خدیجه؛ زرغام حاجبی، مجید؛ و سراوانی، شهرزاد. (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس سرسختی روانشناختی و تصویر بدنی ادراک‌شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۹)، ۱۷۰-۱۵۷.

- Hawkins, K. A., Hames, J. L., Ribeiro, J. D., Silva, C., Joiner, T. E., & Cogle, J.R. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide. *Psychiatric Research*, 50, 59-65.
- Jiang, T., & Chen, Z. (2020). Meaning in life accounts for the association between longterm ostracism and depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *The Journal of social psychology*, 160(5), 535-547.
- Kiekens, G., Hasking, P., Nock, M. K., Boyes, M., Kirtley, O., Bruffaerts, R., Claes, L. (2020). Fluctuations in affective states and self-efficacy to resist non-suicidal self-injury as real-time predictors of non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors. *Frontiers in psychiatry*, 11(1), 214-2021.
- Leboyer, M., Godin, O., Llorca, P., & Aubin, V. (2022). Key findings on bipolar disorders from the longitudinal FondaMental Advanced Center of Expertise-Bipolar Disorder (FACE-BD) cohort. *Journal of Affective Disorders*, 307(15), 149-156.
- Miklowitz, D., Merranko, J., Weintraub, J., Walshaw, D., Singh, K. (2020). Effects of focused therapy on suicidal ideation and behavior in youth at high risk for bipolar disorder. *Affect Disorder*, 1(275), 14-22.
- Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson, N., & Davies, M. J. (2019). Self-Compassion, Metabolic Control and Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 12(2), 45-52.
- Mitchell, S.M., Brown, S.L., Roush, J.F., Tucker, R.P., Cukrowicz, k. C., & Joiner, T.E. (2019). The interpersonal needs questionnaire: statistical considerations for improved clinical application. *Assessment*, 27 (3), 621-637.
- Ong, E. (2018). *The cognitive and neural basis of suicide: investigating factors that help to identify individuals at risk*. University of Salford 913-918.
- Pfaff, N., Pantell, M. S., & Kaiser, S. V. (2021). High-risk Behavior Screening and Interventions in Hospitalized Adolescents. *Hospital Pediatrics Journal*, 11(3), 293-297.
- Raemen, L., Luyckx, K., Palmeroni, N., Verschueren, M. (2021). Trauma and self-harming behaviors in high school students: The mediating role of identity formation. *Journal of Adolescence*, 92(10), 20-29.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2019). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1291-9. [DOI:10.1002/jclp.20621]
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2019). The efficacy of a Compassion-Focused Therapy-Based intervention in reducing psychopathic traits and disruptive behavior: A clinical case study with a juvenile detainee. *Clinical Case Studies*, 18(5), 323-343.
- Shapiro, L., Kennedy, K., Dimick, M., Benjamin, I. (2022). Elevated atherogenic lipid profile in youth with bipolar disorder during euthymia and hypomanic/mixed but not depressive states. *Journal of Psychosomatic Research*, 156(5), 76-84.
- Shahar, B. (2020). New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2918.
- Sansone R, Wiederman M, Sansone L. (1991). The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying selfdestructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal Clinical Psychology*. 21(3): 549-553.
- Sueki H. (2018). Re-examination of reliability and validity of suicide ideation scale. *Japanese Journal of Mental Health*, 32, 48-54.
- Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H., & Margraf, J. (2018). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 1-7.
- Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. (2019). Relating Mindfulness, Heartfulness, and Psychological Well-Being: the Role of Self-Compassion and Gratitude. *Mindfulness*, 10(2), 339 -51.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E., Jr. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197-215.
- Zwack, J., & Greenberg, L. (2020). *Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice*. In *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling* (pp. 249-264). Springer, Cham.