

## The Effect of Distress Tolerance Skills Training on Emotional Regulation and Improvement of Alexithymia in Patients with Masturbation

Zahra Taheri<sup>1</sup>, Hasan Rezaee Jamaoei<sup>\*2</sup>, Saeed Zamani<sup>3</sup>

1. M.A. in psychology, Department of Psychology, Sciences and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

3. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

Received: April 11, 2018

Accepted: October 13, 2018

### Abstract

**Background and Purpose:** Masturbation is a complement to sexual desire that does not require a sexual partner and increases suddenly due to hormonal changes in adolescence. The purpose of this study was to investigate the effect of distress tolerance training on alexithymia, emotional regulation, and distress tolerance in 11-14 year-old subjects with masturbation.

**Method:** In a case study of multiple baseline type, the 8-hour treatment process was performed on four subjects. Four outpatient with masturbation were evaluated by *Toronto alexithymia scale* (TAS-20) (Toronto, 2005), *cognitive emotion regulation questionnaire* (Garnowski et al., 2001) and *tolerance of emotional distress* (Alawi, 2011) before, during, and after the therapy. The percent recovery was used to measure the recovery rate.

**Results:** Results showed that distress tolerance training was effective in improving alexithymia and increasing emotional regulation and tolerance of distress. The rate of recovery was 44.48% for alexithymia, 29.50% for emotional regulation, and 39.38% for emotional distress.

**Conclusion:** Based on the results of this study, it can be concluded that distress tolerance training makes it possible for subjects with masturbation to identify their positive and negative emotions and thus decreases their emotional deficiency and increases their ability of emotional regulation and their level of stress tolerance.

**Keywords:** Distress tolerance training, emotional deficit, emotional regulation, masturbation

---

**Citation:** Taheri Z, Rezaee Jamaoei H, Zamani S. The effect of distress tolerance education on emotional regulation and improvement of alexithymia in patients with masturbation. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(1): 54-69.

---

**\*Corresponding author:** Hasan Rezaee Jamaoei, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: Hassanrezaeejamae@iaun.ac.ir

Tel: (+98) 031-34297512

www.SID.ir

## تأثیر آموزش تحمل پریشانی بر توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه‌بالینی خودارضایی

زهرا طاهری<sup>۱</sup>، حسن رضایی جمالویی\*<sup>۲</sup>، سعید زمانی<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** خودارضایی مکمل تمایل جنسی است که نیازی به وجود شریک جنسی نیست و به دلیل تغییرات هورمونی دوران نوجوانی به طور ناگهانی، افزایش می‌یابد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش تحمل پریشانی بر نارسایی هیجانی، تنظیم هیجانی، و تحمل پریشانی آزمودنی‌های ۱۱ تا ۱۴ سال دچار اختلال نیمه‌بالینی خودارضایی (۴ فرد مبتلا به صورت تک‌بررسی) انجام شد. **روش:** در تک‌بررسی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه، فرایند درمان ۸ جلسه‌ای بر روی چهار آزمودنی انجام شد. چهار بیمار سرپایی مبتلا به اختلال نیمه‌بالینی خودارضایی، قبل، حین، و پس از درمان با استفاده از پرسشنامه نارسایی هیجانی (تورتو، ۲۰۰۵)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و تحمل پریشانی هیجانی (علوی، ۲۰۱۱) ارزیابی شدند و برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول درصدی بهبودی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تحمل پریشانی به بهبود هیجانات، افزایش تنظیم هیجانی، و تحمل پریشانی منجر شد و میزان بهبودی در تأثیر نارسایی هیجانی ۴۴/۴۸ درصد، در تنظیم هیجانی ۵۰/۲۹ درصد، و در تحمل پریشانی هیجانی ۵۸/۳۹ درصد بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تحمل پریشانی باعث می‌شود که آزمودنی‌های مبتلا به اختلال خودارضایی بتوانند هیجانات مثبت و منفی خود را شناسایی کنند و در نتیجه نارسایی هیجانی در آنها، کاهش یافته و توانایی تنظیم هیجان و سطح تحمل تنیدگی، افزایش می‌یابد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش تحمل پریشانی، نارسایی هیجانی، تنظیم هیجانی، خودارضایی

\*نویسنده مسئول: حسن رضایی جمالویی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

تلفن: ۰۳۱-۳۴۲۹۷۵۱۲

ایمیل: Hassanrezaeejamaloe@iaun.ac.ir

## مقدمه

غریزه جنسی در وجود انسان غریزه‌ای بسیار نیرومند و ارزنده است که در صورت قرار گرفتن در مسیر شرعی و صحیح خود موجب تعالی روانی و نشاط درونی انسان می‌شود. برای اینکه این غریزه ارضاء شود انجام رفتار جنسی همواره برای بیشتر مردم موضوعی جالب توجه و گیرا بوده است. ولی بعضی از این رفتارها غیرطبیعی بوده و از مسیر هنجار خود خارج است که برخاسته از مشکلات شخصیتی بسیاری است که باید برطرف شود. یکی از این رفتارهای انحرافی، خودارضایی<sup>۱</sup> است (۱). خودارضایی یا استمناء نوعی تحریک مکانیکی در دستگاه تناسلی است که در بچه‌ها و یا بزرگترها صورت می‌گیرد. فرد عملاً با خود کاری می‌کند که به تخلیه هیجان منجر شود و این طرز فکر که گاهی فرد در آن وضع از خود بی‌خبر است، درست نیست و مقدمات انجام آن، آگاهانه است (۲). عمل خودارضایی، پاسخی به یک الگوی پایدار شخصیت جنسی ناشی از عوامل مقدماتی در زندگی دوران کودکی است که در ویژگی‌های جنسی فعلی، خود را نشان می‌دهد. برای هر دو جنس، خودارضایی در ارتباط با شریک جنسی، به عنوان جبران نارضایتی جنسی یا مکمل رضایت از زندگی جنسی تعبیر می‌شود. اگر خودارضایی به عنوان جبران نارضایتی جنسی دیده شود، می‌توان انتظار داشت که بیشتر در میان کسانی باشد که رضایت کمتری از شریک جنسی خود دارند (۳). اگر خودارضایی به عنوان مکمل تمایل جنسی دیده شود، در این صورت، ارتباطی به وجود شریک جنسی ندارد. بعلاوه، اگر خودارضایی برای خود موجودیتی داشته باشد، می‌توان انتظار داشت که بیشتر در میان افرادی باشد که تمایل جنسی بسیار شدیدی دارند؛ یعنی کسانی که شریکان جنسی زیادی هم در سال‌های گذشته داشته‌اند و فعالیت‌های جنسی زیادی با شریک جنسی ثابت خود داشته‌اند (۴).

از جمله عوامل بروز استمناء، تغییرات هورمونی دوران بلوغ و علائم روانی مانند اختلالات روانی در کودکان و

نوجوانان است. منع‌های اشتباه و شدید، تهدیدها و پرهیز دادن‌های مکرر از یک فعالیت، سبب می‌شود کودک به آن موضوع توجه بیشتری کند؛ به‌ویژه آنگاه که منع‌های والدین با شور، اضطراب، و دل‌نگرانی آشکار، همراه باشد (۵). از عوامل دیگر استمناء حالت تنهایی و انزوا، احساس بی‌کسی، زائد بودن، و در نتیجه خود را از مهر و عنایتی محروم دیدن است که موجبات لغزش و انحراف را برای کودک و نوجوان فراهم می‌کند (۶). در واقع، با نزدیک شدن دوره بلوغ و صعود ناگهانی هورمون‌های جنسی، و رشد خصوصیات جنسی ثانوی، کنجکاوی جنسی بیشتر شده و خودارضایی افزایش می‌یابد. نوجوان معمولاً قادر به نزدیکی و ارگاسم است اما معمولاً با مهارهای اجتماعی، بازداری می‌شو و تحت فشار دوگانه و معمولاً متناقض برقراری هویت جنسی از یک سو و مهار تکانه‌های جنسی خود از سوی دیگر، قرار دارد. نتیجه آن پیدایش تنش جنسی فیزیولوژیک فراوان است که خودارضایی، روشی برای کاستن از این تنش است. یک تفاوت هیجانی مهم بین کودک پیش از مرحله بلوغ با کودک سال‌های قبل، وجود خیال‌پردازی‌های مربوط به رابطه جنسی همراه با خودارضایی است (۱). فعالیت خودارضایی معمولاً تا جوانی دوام یافته و بالاخره جای خود را به رابطه جنسی طبیعی می‌دهد. البته بسیاری از جوانان بدلائل مختلفی مانند تأخیر در ازدواج، مشکلات شخصیتی، و تحریکات محیطی، این عمل خودارضایی را با شدت زیاد ادامه می‌دهند. وقتی رابطه جنسی رضایت بخش نیست یا به علت بیماری یا فقدان یار جنسی امکان‌پذیر نیست، خودانگیزی غالباً در خدمت یک هدف انطباقی، با ترکیب لذت حسی و رفع تنش به کار گرفته می‌شود (۷). با وجود این که برخی کوشیدند تا برای خودارضایی زیان‌هایی را ذکر کنند (۸) ولی عده‌ای دیگر معتقد هستند که این عمل ضرر و زیانی را در برنمی‌گیرد، که یک فعالیت طبیعی است و متناسب با سن در نوسان است (۹).

## 1. Masturbating

کنند، و در زمینه هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند (۱۵).

در حقیقت تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره هیجان‌ها است که نقش مهمی در سازش‌یافتگی ما با وقایع تنش‌آور زندگی دارد (۱۳). علاوه بر این تنظیم هیجان نقش برجسته‌ای در ایجاد و گسترش اختلالات هیجانی دارد (۱۶). از آنجا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به آسیب روانی شود (۱۴).

تحمل هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، و چگونه باید آن را ابراز کند. تحمل هیجان بیشتر از دو چهارچوب مهم بررسی می‌شوند که عبارتند از: راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و راهبردهای تنظیم هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می‌شوند (۱۶). پژوهش‌نشان می‌دهند تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود (۱۷).

با توجه به اینکه مهم‌ترین هدف خودارضایی، کاهش رنج هیجانی است در نتیجه با ناتوانی تنظیم هیجان و پایین بودن سطح تحمل فرد در تجربه پریشانی و تنیدگی مرتبط است. ناتوانی هیجانی سازه‌ای است چندوجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیزتگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، و قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود (۱۸). مشخصه‌های بیرونی که سازه نارسایی هیجانی را تشکیل می‌دهند بیانگر نارسایی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها هستند. به همین صورت آسیب در ظرفیت‌های پردازش هیجانی مبتنی بر نارسایی

حالات وقوع استمناء در دختران، همان مشخصات و ویژگی‌هایی را دارد که در نزد پسران است و هدف آنان از انجام این عمل همان رسیدن به سکون و نجات یافتن از نگرانی‌هاست (۸). در مورد کمتر شایع بودن این عمل در دختران برخی معتقدند چون دستگاه تناسلی جنس ماده در درون بدن قرار دارد و کمتر تحریک‌پذیر است، خودارضایی کمتر صورت می‌گیرد. خودارضایی در مردها شایع‌تر از زنان است ولی بر اساس برخی برآوردها، چنین تفاوتی امروزه وجود ندارد (۱۰). دفعات خودارضایی از ۳ تا ۴ بار در هفته در نوجوانی تا ۱ تا ۲ بار در هفته در بزرگسالی، فرق می‌کند. هر دو جنس کودکی در حدود ۱۵ تا ۱۹ ماهگی خودتحریکی تناسلی را شروع می‌کنند. کودک در عین حال که با آلت خود رابطه برقرار می‌کند علاقه‌ی فزاینده‌ای به آلت تناسلی دیگران - والدین، کودکان، و همچنین حیوانات پیدا می‌کند. وقتی کودک همبازی پیدا کرد این کنجکاوی در مورد آلت تناسلی خود و دیگران محرکی برای نمایشگری و نشان دادن آلت تناسلی به یک بیگانه می‌شود که چنین تجاربی اگر با ترس گناه آلود مهار نشود به ادامه احساس لذت از تحریک جنسی کمک می‌کند و استمناء یکی از راه‌های ارضای خویش می‌شود (۱۱). استمناء در دوران کودکی ممکن است مایه‌ی دلخوشی و آرام‌بخشی برای کودکان باشد ولی در والدین قطعاً تضاد فکری و کشمکش درونی بوجود می‌آورد (۱۲). یکی از سازه‌های مرتبط با عمل خودارضایی، عدم توانایی تنظیم هیجان و در نتیجه تخلیه نادرست آن است. هیجان یک پدیده اساسی کنش‌وری انسان است و همه ما هیجان‌های مختلفی را تجربه می‌کنیم و تلاش می‌کنیم از طریق روش‌های اثربخش و غیراثربخش با آنها کنار بیاییم (۱۳). انسان‌ها با بیرخی پاسخ‌های هیجانی اولیه متولد می‌شوند که در همه فرهنگ‌ها و جوامع مشابه است ولی هیچ‌گاه دو فرد پاسخ‌های هیجانی یکسانی به یک محرک از خود نشان نمی‌دهند (۱۴) با پاسخ‌های هیجانی، انسان‌ها یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجان‌ها چگونه رفتار کنند، چگونه تجارب هیجانی را به صورت کلامی بیان

پریشانی مبتلایان به اختلال خودارضایی شدید در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۴ سال بود.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** این پژوهش با بهره‌گیری از طرح تجربی تک‌بررسی انجام شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، بیمارانی بودند که در تابستان ۱۳۹۶ به کلینیک روان‌شناختی نجف‌آباد مراجعه کردند و مشکلات اختلال خودارضایی به صورت شدید (انجام خودارضایی به صورت ۲ تا ۴ بار در روز) داشتند. نمونه مورد مطالعه شامل ۴ آزمودنی با دامنه سنی ۱۱ تا ۱۴ (۲ دختر و ۲ پسر) بودند که با توجه به ملاک‌های لازم، انتخاب شدند. از جمله ملاک‌های ورود، انجام رفتارها و اعمال خودارضایی به صورت ۲ تا ۴ بار در روز، نداشتن اختلال شخصیت، اختلال رفتار هنجاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، و عدم تشخیص اختلالات جنسی بود. همچنین این افراد مشکلات جسمی که موجب بروز این رفتارها شود را نداشتند و در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۴ ساله قرار داشتند و در طی مدت انجام مداخله، مشکلات عاطفی و هیجانی ناگهانی مانند قطع ارتباط با دوستان و مرگ اعضای خانواده وجود نداشته است.

مراجع اول، دختر ۱۲ ساله، کلاس هفتم، و فرزند دوم خانواده دارای بلوغ دیررس بوده که به مدت ۶ ماه قبل از این مطالعه، به بلوغ رسیده است و هنگام تجربه اولین عادت ماهیانه، دچار وحشت فراوان شده بود. شرایط اجتماعی و اقتصادی خانواده این مراجع بسیار پایین و در کودکی دچار لکنت زبان بوده است. به علت تأخیر در راه رفتن، مدت طولانی زیر نظر کاردرمانگر قرار داشت. درس‌های او ضعیف بود و خواهر ۱۴ ساله او نیز ۳ ماه قبل ازدواج کرد. در طول مصاحبه به صورت تهاجمی جواب درمانگر را می‌داد و با عصبانیت نتایج مصاحبه و سوالات را به نفع خود تغییر می‌داد و همواره نقش ظالم و مظلوم را بازی می‌کرد.

هیجانی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع مشکلات سلامت روان باشند (۱۹). پژوهش‌های مختلفی درباره آموزش تحمل‌پریشانی صورت گرفته است. لینهان و همکاران (۲۰) در پژوهش خود نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش رفتارهای تکانه‌ای در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود و آموزش تحمل‌پریشانی از جمله مهارت‌های مبتنی بر پذیرش در رفتاردرمانی دیالکتیک است که ممکن است بر روی ناتوانی هیجانی و تنظیم هیجانی نقش داشته باشد که از مهمترین مشکلات در افراد با اختلال خودارضایی شدید است. چویی و همکاران (۲۱)، رابطه بین خودارضایی با تحمل‌پریشانی پایین را بررسی کرد و نتایج نشان داد بین تنظیم هیجانی، تحمل‌پریشانی، و خودارضایی ارتباط مستقیمی وجود دارد. همچنین چامزاده قناتی، آقایی و گلپور (۲۲) در پژوهش خود نشان دادند، بین مهارت‌های ارتباطی و تحمل و تنظیم هیجانی، ارتباط مستقیمی وجود دارد.

پژوهش‌های آلیور و هاید (۲۳) و فرناندز-کاسترو، روویرو، دووال و ادو (۲۴) تفاوت‌های جنسیتی در خودارضایی و رفتارهای تکانه‌ای را بررسی کردند که نتایج حاکی از فزونی میزان شیوع رفتارهای خودارضایی در پسران بوده است. بووس و همکاران (۲۵) مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیک را بر رفتارهای مخاطره‌آمیز بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی کردند که نتایج حاکی از اثربخشی این مهارت‌ها بر کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز بوده است. در این ارتباط گلدستون و گلدستون (۲۶)، پوشانها، بوناب و نامین (۲۷) و نیجمیجر و همکاران (۲۸) نیز در پژوهش خود تأثیر تنظیم هیجان بر رفتارهای تکانه‌ای را بررسی کردند که نتایج پژوهش آنها نشان داد بهبود روابط فردی با کاهش بدتنظیمی هیجان، ارتباط مستقیمی دارد. با توجه به نتایج مطالعات مختلف مبنی بر این که آموزش تحمل‌پریشانی بر کاهش رفتارهای تکانه‌ای هیجانی مؤثر است و منجر به ثبات هیجانی می‌شود پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش تحمل‌پریشانی بر ناتوانی هیجانی، تنظیم هیجانی، و تحمل

پرسشنامه ۲۰ سوال دارد که با مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (کاملاً، تا حدودی، و به هیچ وجه) پاسخ داده می‌شود و سه عامل ناتوانی در شناسایی احساسات<sup>۳</sup>، ناتوانی یا دشواری در توصیف احساسات<sup>۴</sup>، و سبک تفکر عینی<sup>۵</sup> را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روایی همزمان مقیاس نارسایی هیجانی بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی پارکر، تیلور و بگبی<sup>۶</sup> (۲۰۰۱)، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی تیلور و باگبی (۲۰۰۰) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس نارسایی هیجانی کل با هوش هیجانی ( $r = 0/80$ ;  $p < 0/001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r = 0/78$ ;  $p < 0/001$ )، و درماندگی روانشناختی ( $r = -0/44$ ;  $p < 0/001$ ) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های نارسایی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بود (۲۹). ابوالقاسمی، رضایی و حرفتی (۳۰) در پژوهشی همبستگی مقیاس نارسایی هیجانی را با مقیاس آزار روانی ( $r = -0/34$ )، و غفلت روانی ( $r = 0/20$ ) (-)، معنی‌دار گزارش کردند ( $p < 0/001$ ). اعتبار این پرسشنامه در مطالعه حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به‌دست آمده است.

۲. تنظیم هیجانی: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این ابزار، پرسشنامه‌ای چندبعدی و ابزار خودگزارشی است که دارای ۳۶ گویه است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان است (۳۱). مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری، و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با

مراجع دوم، دختر ۱۳ ساله کلاس هشتم بود که پنج سال قبل به بلوغ زودرس رسید و منزوی و تنها است. او دختر پنجم در خانواده ۸ نفره است که اضطراب شدید دارد، به طوری که در ۲ سال گذشته طبق نظر مشاور پرورشی مدرسه به روان‌شناس ارجاع داده شده بود. سابقه صرع و بیماری کم‌خونی شدید دارد. اعضای خانواده او با یکدیگر به خوبی برخورد نمی‌کنند و در تلاش برای اثبات حرف خود هستند و از مکانیزم دفاعی همه یا هیچ، فراوان استفاده می‌کنند.

مراجع سوم، ۱۴ ساله که پسر بزرگ خانواده است و از نظر شرایط اجتماعی و اقتصادی در سطح بالایی هستند ولی پدر خانواده مدتی است خانواده را ترک کرده و مادر دچار اختلال افسردگی شدید است و دارو مصرف می‌کند. طبق گفته‌های مراجع، یکی از بستگان از خانه بدون سکنه این خانواده استفاده کرده و افرادی را صیغه کرده و به خانه آورده بود و هنگامی که این مراجع با صحنه حضور این افراد در خانه مواجه شد او را نیز درگیر مسائل جنسی خود کردند و تا به حال کسی اطلاعاتی درباره این موضوع ندارد. این فرد مدت چند ماه مصرف شیشه داشته که در بیمارستان روان ترک کرد و اکنون مشکل خودارضایی شدید دارد.

مراجع چهارم، پسر ۱۱ ساله‌ای است که در کلاس ششم تحصیل می‌کند. او فرزند اول خانواده است که دچار بلوغ زودرس بوده است. این مراجع اختلال خودارضایی شدید دارد و هم‌اکنون اختلال روانشناختی دیگری در او تشخیص داده نشد.

**(ب) ابزار:** در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است.  
۱. نارسایی هیجانی: پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو<sup>۱</sup> مخصوص کودکان و نوجوانان از نسخه اصلی پرسشنامه نارسایی هیجانی بزرگسالان گرفته شده و توسط ریف، استروالد و نزوگت<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است. این

5. Externally oriented thinking  
6. Parker, Taylor, Bagby  
7. Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

1. Toronto Alexithymia Scale-20 (FTAS-20)  
2. Reef, Stroud, Nzogt  
3. Difficulty identifying feelings  
4. Difficulty describing feelings

( $a = 0/71$ ) و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها گزارش کردند (0/54 برای خرده‌مقیاس تحمل، 0/42 برای خرده‌مقیاس جذب، 0/56 برای خرده‌مقیاس ارزیابی، و 0/58 خرده‌مقیاس).  
**ج) برنامه مداخله‌ای:** برنامه مداخله‌ای در این پژوهش شامل آموزش مهارت تحمل‌پریشانی لینهان، دیمف، رینولدز، کومتوز و همکاران (20) بود. آنها این پروتکل را در غالب مهارت‌های مبتدی بر پذیرش رفتاردرمانی دیالکتیک برای رفتارهای پرخطر اجرا کردند و نتایج نشان‌دهنده اثر مثبت این پروتکل در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز بود. در این پروتکل از آموزش پیامدهای منفی راهبردهای مقابله‌ای خودآسیب‌رسان، مهارت خودآرامشی، شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، پذیرش بنیادین و استفاده از پذیرش بنادین، و ایجاد راهبردهای کنار آمدن یا سازش‌یافتگی در موقعیت‌های آشفته‌ساز بین‌فردی، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت استفاده شده است و در هر جلسه، تکالیف خانگی نیز داده شده است. این درمان شامل 8 جلسه 45 دقیقه‌ای به صورت فردی بود که در هر هفته برگزار شد. محتوای هر 8 جلسه مداخله در جدول 1 ارائه شده است.

تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای تنش‌آور زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند، مشخص کند. این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگسالان و فرم ویژه کودکان است. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (31) در دامنه 0/71 تا 0/81 گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و صادقی (32) مورد اعتباریابی و تأیید قرار گرفته است.

3. **تحمل‌پریشانی:** این ابزار یک شاخص خودسنجی تحمل‌پریشانی هیجانی<sup>1</sup> است که دارای 15 گویه و چهار خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل‌پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجان‌های منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی‌پریشانی)، و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین‌پریشانی) هستند. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب 0/72، 0/82، 0/78، 0/70، و برای کل مقیاس‌ها 0/82 است. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (33) و برای نخستین بار در ایران توسط علوی، مدرس غروی، امینی‌یزدی، و صالحی‌فدروی (34) مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس‌ها

جدول 1: محتوای جلسات برنامه آموزش مهارت تحمل‌پریشانی لینهان و همکاران (20)

جلسات	آموزش مهارت	تکلیف جاری	تکلیف منزل
1	آموزش پیامدهای منفی راهبردهای کنار آمدن خود آسیب‌رسان، تمرین پذیرش بنیادین، تمرین توجه برگردانی از رفتارهای خودارضایی	تکلیف مهارت‌های پرت کردن حواس از رفتارهای خودارضایی	تمرین توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت بخش خودارضایی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش دیگر و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
2	توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار، توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت	توجه برگردانی از طریق تکالیف و کارهای روزمره	توجه برگردانی از طریق شمارش، تدوین برنامه توجه برگردانی
3	مهارت خودآرامش بخشی، خودآرامش بخشی با استفاده از احساس بویایی، با استفاده از احساس شنوایی، با استفاده از احساس چشایی و استفاده از احساس لامسه	تصویرسازی از مکان امن (تجسم محل امن)	تدوین طرح‌های آرمیدگی شناختی در منزل و در خارج از منزل
4	تن آرامی، آرامش وابسته به نشانه، کشف مجدد ارزش‌ها، کشف ارزش‌ها	تمرین زندگی ارزشمند با تن آرامی ایجاد شده	تمرین عمل متعهدانه
5	شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، ارتباط با قدرت برتر، تعیین وقت استراحت و تمرین آن	تمرین ذهن‌توانی آن کجاست؟	تمرین فعالیت‌های قدرت برتر

## 1. Distress Tolerance Scale

کاهش آسیب‌پذیری بدنی با شکست عادت خودارضایی	کاهش آسیب‌پذیری بدنی با شکست عادت خودارضایی	استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه و خودتصدیقی، فهرست افکار مقابله‌ای، آموزش مهارت افکار مقابله‌ای و کامل کردن برگه تمرین افکار مقابله‌ای، تشخیص هیجان‌ها، غلبه بر موانع سر راه هیجان‌های (هیجان‌ها و رفتارهای خودارضایی، فریب دادن خود)	۶
ایجاد یک برنامه سازش‌یافتگی فوری، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری	ورزش	پذیرش بنیادین و استفاده از پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین، خودگویی‌های تأیید‌گرایانه، تدوین و ایجاد راهبردهای کنار آمدن جدید برای موقعیت‌های آشفته‌ساز بین فردی، و موقعیت‌های آشفته‌ساز شخصی	۷
کاهش آسیب‌پذیری شناختی	شناسایی رفتارهای خودتخریبی	آموزش بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، افزایش هیجان‌های مثبت.	۸

۱۰۰ ساعت گذرانده بود. جهت اجرای برنامه‌های مداخله‌ای، ابتدا مجوزهای لازم از شورای باشگاه پژوهشگران گرفته شد و برای رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر هماهنگی با نوجوانان از والدین آنها نیز رضایت نامه کتبی گرفته شد. همچنین در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات مراجع و محتوای خصوصی جلسات (اطلاعات فردی)، توضیح داده شد. به طور کلی ملاحظات اخلاقی که در این مطالعه رعایت شد بدین شرح بود: (۱) احترام به اصل رازداری، (۲) ارایه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده، (۳) کسب رضایت نامه کتبی به منظور شرکت در درمان، (۴) پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش، (۵) ارایه اطلاعات لازم در مورد ماهیت پژوهش و اطمینان بخشی بابت محرمانه بودن اطلاعات، (۶) امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از پژوهش، (۷) در صورت نیاز به استفاده از درمان دارویی ارجاع به متخصص مربوطه حین و پس از اتمام جلسات مداخله. بعد از جمع‌آوری داده‌های لازم در پایان برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از اندازه اثر ضریب *d* کوهن و ضریب *g* هدگس استفاده شد.

**(۵) روش اجرا:** هر یک از ۴ مراجع در جلسات انفرادی در کلینیک روان‌شناختی شرکت کردند. جلسات مداخله در هر هفته به صورت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. کل روند مداخله و ارزیابی در شرکت‌کنندگان در حدود ۲ ماه طول کشید. کل جلسات مداخله به صورت فردی انجام شد. ابتدا از هر چهار مراجع پرسشنامه نارسایی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، و تحمل‌پریشانی هیجانی گرفته شد و در انتهای جلسه چهارم و جلسه هشتم نیز مجدداً آزمون گرفته شد و نمرات با یکدیگر جمع شدند. در میزان بهبودی کامل، تعداد نمره‌های کاهش یافته را با یکدیگر جمع می‌کنیم که بدین ترتیب هر سه متغیر با یکدیگر جمع و میانگین درصد بهبودی هر متغیر و متغیر کلی گرفته شد.

در ابتدای هر جلسه توضیحاتی درباره محتوای جلسه داده می‌شد و سپس آموزش لازم ارائه شده و از مراجع درباره محتوا، سوال پرسیده می‌شد و تکالیف خانگی داده می‌شد. علاوه بر تکالیف خانگی، تکلیف جاری نیز داده می‌شد، به این گونه که تکالیف جاری بعد از جلسه اول را فرد به صورت عادات تا انتهای جلسه آخر انجام می‌داد ولی تکالیف خانگی مختص به همان جلسه بود. فرد آموزش‌دهنده در این پژوهش، دارای دکترای تخصصی روانشناسی سلامت بوده و دوره‌های لازم جهت تشخیص و درمان اختلالات و انحرافات جنسی را در کلینیک خانواده پژوهشگاه دانشگاه شهید بهشتی به مدت



## یافته‌ها

احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات، و سبک تفکر عینی قبل از شروع درمان، حین درمان، و در پایان درمان گزارش شده است.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمرات نارسایی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های مربوط به آن یعنی ناتوانی در شناسایی

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات نارسایی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات، و سبک تفکر عینی قبل از شروع درمان، حین درمان، و در پایان درمان

متغیر	وضعیت	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کمترین	بیشترین	ضریب شاپیروولیک	p
ناتوانی در شناسایی	پیش‌آزمون	۴۶/۳۷	۶/۸۰	۰/۸۵	۰/۳۲	۳۰	۴۹	۰/۸۱	۰/۱۷
	حین‌آزمون	۳۹/۶۸	۶/۲۹	۰/۹۲	۰/۵۱	۲۰	۴۱	۰/۸۶	۰/۰۱
احساسات	پس‌آزمون	۳۲/۶۵	۵/۷۱	۱/۰۳	۱	۱۵	۳۵	۰/۸۲	۰/۰۵
ناتوانی در توصیف	پیش‌آزمون	۴۳/۵۶	۶/۶	۰/۶۲	۰/۲۹	۲۸	۴۶	۰/۹۸	۰/۹۵
	حین‌آزمون	۳۴/۶۷	۵/۸۸	۰/۸۷	۰/۴۳	۲۳	۳۵	۰/۸۷	۰/۰۸
احساسات	پس‌آزمون	۲۶/۹۵	۵/۱۹	۱/۰۰	۰/۰۱	۲۰	۲۹	۰/۸۶	۰/۴۵
سبک تفکر عینی	پیش‌آزمون	۴۲/۳۶	۶/۵۰	۰/۵۳	۰/۵۶	۳۰	۴۵	۰/۸۶	۰/۶۵
	حین‌آزمون	۳۶/۶۳	۶/۰۵	۰/۸۳	۱/۳۵	۲۹	۴۲	۰/۸۱	۰/۳۲
	پس‌آزمون	۲۹/۶۵	۵/۴۴	۰/۹۴	۰/۳۵	۲۴	۳۴	۰/۹۰	۰/۴۷
	پیش‌آزمون	۴۴/۰۹	۶/۶۴	۰/۵۴	۱/۲۴	۴۰	۵۲	۰/۸۳	۰/۷۵
	حین‌آزمون	۳۶/۹۹	۶/۰۸	۱/۰۲	۰/۰۱	۳۲	۳۷	۰/۸۱	۰/۳۲
نمره کل	پس‌آزمون	۲۹/۷۵	۵/۴۵	۱/۰۱	۱	۲۸	۳۲	۰/۸۶	۰/۱۹

ناتوانی در توصیف احساسات، و سبک تفکر عینی جهت سنجش تفاوت آن و بعد از آموزش گزارش شده است.

در جدول ۳ نتایج به دست آمده از اندازه اثر d کوهن و g هدگس گزارش شده است. همچنین مقایسه نمرات نارسایی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های ناتوانی در شناسایی احساسات،

جدول ۳: مقایسه نمرات نارسایی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات، و سبک تفکر عینی جهت سنجش تفاوت قبل و بعد از آموزش تنظیم هیجانی

تفاوت میانگین	ضریب g هدگس	ضریب d کوهن	تفسیر اندازه اثر	درصد تغییرات
۲۵/۷۶	۱/۳۸۵	۱/۹۴۵	قوی	۰/۳۹
۲۹/۵۲	۱/۱۵۸	۱/۶۸۵	متوسط	۰/۲۳
۱۷/۹۴	۱/۷۶۵	۱/۷۶۵	قوی	۰/۴۵

می‌توان گفت، آموزش به کار گرفته شده موجب نارسایی هیجانی مراجعان و خرده‌مقیاس‌های ناتوانی در شناسایی احساسات و سبک تفکر عینی شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میزان به دست آمده از ضریب d کوهن و ضریب g هدگس در سطح معناداری ۰/۹۵ معنی‌دار است، از این رو با توجه به میانگین به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر نارسایی هیجانی

دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری، و سلامت دیگران) مانند میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی، کمترین و بیشترین، ضریب شاپیروولیک، و سطح معناداری به تفکیک قابل مشاهده است.

در جدول ۴ شاخص‌های آمار توصیفی نمرات پیش‌آزمون، حین‌آزمون، و پس‌آزمون تنظیم‌هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن (راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه، ارزیابی مجدد مثبت،

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی نمرات تنظیم‌هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن قبل از شروع درمان، حین درمان، و در پایان درمان

متغیر	وضعیت	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کمترین	بیشترین	ضریب شاپیروولیک	P
راهبرد ملامت خویش	پیش‌آزمون	۳۷/۹۵	۵/۲۸	۰/۶۵	۰/۶۵	۲۵	۴۰	۰/۸۱	۰/۶۵
	حین‌آزمون	۳۲/۳۲	۵/۶۸	۰/۳۲	۰/۵۰	۲۱	۳۵	۰/۸۵	۰/۲۱
پذیرش	پس‌آزمون	۱۹/۳۸	۴/۴۰	۰/۱۶	۰/۶۵	۲۱	۳۴	۰/۸۶	۰/۳۲
	پیش‌آزمون	۱۹/۳۵	۴/۳۹	۰/۳۶	۱/۳۵	۱۳	۲۰	۰/۹۰	۰/۴۲
نشخوارگری	حین‌آزمون	۳۵/۳۵	۵/۹۴	۰/۳۲	۰/۳۹	۲۵	۳۷	۰/۷۹	۰/۱۶
	پس‌آزمون	۳۹/۶۹	۶/۲۹	۰/۹۳	۰/۷۵	۳۰	۴۲	۰/۸۰	۰/۵۴
تمرکز مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۳۵/۶۵	۵/۹۷	۰/۳۲	۰/۶۱	۲۱	۳۹	۰/۸۶	۰/۲۵
	حین‌آزمون	۲۹/۶۲	۵/۴۴	۰/۳۲	۱/۳۷	۱۸	۳۳	۰/۸۷	۰/۵۶
تمرکز مجدد برنامه	پس‌آزمون	۲۰/۷۴	۴/۵۵	۰/۴۶	۰/۶۲	۱۴	۲۲	۰/۸۹	۰/۴۲
	پیش‌آزمون	۱۷/۶۸	۴/۲۰	۰/۳۲	۱/۲۴	۱۵	۲۰	۰/۸۹	۰/۶۵
ارزیابی مجدد مثبت	حین‌آزمون	۲۷/۶۵	۵/۲۵	۰/۴۱	۰/۳۵	۲۳	۳۰	۰/۸۷	۰/۳۴
	پس‌آزمون	۳۰/۳۶	۵/۵۰	۰/۳۲	۰/۷۸	۲۵	۳۱	۰/۹۰	۰/۴۱
دیدگاه‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۳/۶۵	۳/۶۹	۰/۵۱	۰/۶۸	۱۱	۱۶	۰/۹۲	۰/۴۲
	حین‌آزمون	۲۵/۵۶	۵/۰۵	۰/۲۸	۰/۶۴	۲۳	۲۶	۰/۹۳	۰/۵۳
فاجعه‌انگاری	پس‌آزمون	۳۸/۳۶	۶/۱۹	۰/۸۹	۰/۶۸	۳۴	۳۹	۰/۸۸	۰/۳۱
	پیش‌آزمون	۲۰/۶۵	۴/۵۴	۰/۴۶	۰/۸۴	۱۸	۲۴	۰/۸۹	۰/۵۱
سلامت دیگران	حین‌آزمون	۲۶/۷۴	۵/۱۷	۰/۳۵	۰/۳۴	۲۰	۳۰	۰/۹۰	۰/۳۵
	پس‌آزمون	۳۱/۶۸	۵/۶۲	۰/۷۶	۰/۶۴	۲۸	۳۲	۰/۹۲	۰/۲۰
دیدگاه‌پذیری	پیش‌آزمون	۲۱/۶۸	۴/۶۵	۰/۳۵	۰/۲۸	۱۸	۲۵	۰/۸۶	۰/۲۸
	حین‌آزمون	۳۳/۲۳	۵/۷۶	۰/۸۴	۰/۸۷	۲۹	۳۵	۰/۸۶	۰/۲۴
فاجعه‌انگاری	پس‌آزمون	۳۴/۵۶	۵/۸۷	۰/۶۵	۰/۵۹	۲۷	۳۷	۰/۸۹	۰/۶۴
	پیش‌آزمون	۴۱/۶۵	۶/۴۵	۰/۹۷	۰/۳۶	۳۴	۴۳	۰/۸۷	۰/۳۷
سلامت دیگران	حین‌آزمون	۳۴/۶۵	۵/۸۸	۰/۳۳۵	۰/۸۹	۳۰	۳۷	۰/۷۹	۰/۶۴
	پس‌آزمون	۳۱/۶۵	۵/۶۲	۰/۵۱	۰/۶۵	۲۳	۳۲	۰/۹۴	۰/۳۴
دیدگاه‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۸/۳۲	۴/۲۸	۰/۳۵	۱/۴۶	۱۵	۲۱	۰/۸۶	۰/۳۵
	حین‌آزمون	۲۱/۵۹	۴/۶۴	۰/۳۷	۱/۶۶	۱۹	۲۵	۰/۸۴	۰/۲۴
پس‌آزمون	۲۴/۰۷	۴/۹۰	۰/۶۳	۰/۶۸	۲۴	۲۷	۰/۸۳	۰/۶۷	

هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن جهت سنجش تفاوت قبل و بعد از آموزش گزارش شده است.

در جدول ۵ نتایج به دست آمده از اندازه اثر  $d$  کوهن و  $g$  هدگس و همچنین نتیجه مقایسه نمرات تنظیم

جدول ۵: مقایسه نمرات تنظیم هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن جهت سنجش تفاوت قبل و بعد از آموزش تنظیم هیجانی

تفاوت میانگین	ضریب g هدگس	ضریب d کوهن	تفسیر اندازه اثر	درصد تغییرات
۳۲/۶۵	۱/۴۲۳	۱/۳۰۵	قوی	۰/۳۸
۳۳/۶۵	۱/۲۴۱	۱/۳۱۴	قوی	۰/۱۸
۳۵/۳۵	۱/۳۲۵	۱/۶۲۹	قوی	۰/۶۸
۳۷/۶۵	۱/۳۸۱	۱/۷۶۵	قوی	۰/۳۵
۳۸/۶۸	۱/۰۵۶	۱/۳۲	قوی	۰/۲۵
۳۲/۶۵	۱/۳۴۱	۱/۵۶۵	قوی	۰/۴۹
۳۳/۳۸	۱/۹۸۶	۱/۰۵۶	قوی	۰/۵۶
۳۴/۷۶	۱/۳۴۱	۱/۶۸۵	قوی	۰/۷۴
۳۴/۶۲	۱/۶۵۷	۱/۳۵۲	قوی	۰/۳۸

در جدول ۶ شاخص‌های آمار توصیفی نمرات پیش‌آزمون، حین‌آزمون، و پس‌آزمون شاخص‌های توصیفی نمرات تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم قبل از شروع درمان، حین درمان، و در پایان درمان مانند میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی، کمترین و بیشترین، ضریب شاپیروولیک، و سطح معناداری به تفکیک قابل مشاهده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میزان به دست آمده از ضریب d کوهن و ضریب g هدگس در سطح معناداری ۰/۹۵ معنی‌دار است، از این رو با توجه به میانگین به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی می‌توان گفت، آموزش مورد نظر موجب بهبود تنظیم هیجان‌ات شده است.

جدول ۶: شاخص‌های توصیفی نمرات تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم قبل از شروع درمان، حین درمان، و در پایان درمان

متغیر	وضعیت	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کمترین	بیشترین	ضریب شاپیروولیک	p
تحمل	پیش‌آزمون	۲۴/۶۵	۴/۹۶	۰/۶۵	۰/۶۵	۱۸	۲۶	۰/۶۵	۰/۰۲۱
	حین‌آزمون	۲۵/۶۵	۵/۰۶	۰/۲۴	۰/۴۵	۲۱	۲۸	۰/۶۷	۰/۶۵
	پس‌آزمون	۳۱/۴۵	۵/۶۰	۰/۴۶	۱/۶۵	۲۸	۳۵	۰/۶۸	۰/۷۸
جذب	پیش‌آزمون	۲۴/۳۵	۴/۹۳	۰/۸۶	۰/۳۷	۲۰	۲۹	۰/۶۵	۰/۶۴
	حین‌آزمون	۳۱/۳۵	۵/۵۹	۰/۷۵	۰/۸۶	۲۵	۳۴	۰/۸۹	۰/۶۵
	پس‌آزمون	۳۶/۳۴	۶/۰۲	۰/۹۵	۰/۳۷	۳۰	۳۸	۰/۹۱	۰/۷۸
ارزیابی	پیش‌آزمون	۲۲/۳۵	۴/۷۲	۰/۲۵	۰/۸۷	۱۸	۲۷	۰/۸۷	۰/۶۴
	حین‌آزمون	۲۸/۴۵	۵/۳۳	۰/۷۵	۰/۵۷	۲۱	۲۹	۰/۷۹	۰/۰۵
	پس‌آزمون	۲۱/۳۵	۴/۶۲	۰/۳۸	۰/۶۸	۱۷	۳۲	۰/۸۰	۰/۶۸
تنظیم	پیش‌آزمون	۲۰/۲۴	۴/۴۹	۰/۷۸	۰/۶۸	۱۶	۲۴	۰/۶۵	۰/۲۴
	حین‌آزمون	۲۷/۴۵	۵/۲۳	۰/۶۵	۰/۶۸	۲۵	۳۳	۰/۸۶	۰/۷۸
	پس‌آزمون	۳۸/۶۸	۶/۲۱	۰/۳۷	۰/۳۷	۳۱	۴۳	۰/۸۱	۰/۶۸

پریشانی و خرده‌مقیاس‌های آن جهت سنجش تفاوت قبل و بعد از آموزش گزارش شده است.

در جدول ۷ نتایج به دست آمده از اندازه اثر d کوهن و g هدگس گزارش شده است و همچنین مقایسه نمرات تحمل

جدول ۷: مقایسه نمرات تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم جهت سنجش تفاوت قبل و بعد از آموزش تنظیم هیجانی

تفاوت میانگین	ضریب g هدگس	ضریب d کوهن	تفسیر اندازه اثر	درصد تغییرات
۳۰/۷۸	۱/۵۰۵	۱/۱۰۱	قوی	۰/۲۹
۲۹/۶۵	۱/۶۸۴	۱/۰۰۴	قوی	۰/۲۸
۳۸/۴۲	۱/۴۷۸	۱/۶۳۲	قوی	۰/۲۶
۲۸/۳۷	۱/۶۵۸	۱/۱۴۵	قوی	۰/۳۰

افراد حداقل یک بار در زندگیشان عمل خودارضایی را انجام داده‌اند. خودارضایی از این جهت، یک تمایل جنسی نابهنجار تلقی می‌شود زیرا نوعی رفتار جنسی است که برای خود یا دیگری مخرب است، قابل هدایت به سوی یک شریک جنسی نیست، تحریک اعضاء جنسی اولیه را مستثنی می‌دارد، به طور نامتناسبی با اضطراب و احساس گناه همراه است، و حالت جبری دارد (۲۳) و به همین دلیل در این پژوهش از آموزش تحمل پریشانی استفاده شد.

نتایج پژوهش نشان داد مراجعان دختر در متغیرهای نارسایی هیجانی و تنظیم هیجانی بهبودی بیشتری نسبت به مراجعان پسر داشتند و در متغیر تحمل پریشانی نوجوانان پسر، بهبودی بیشتری داشتند. بررسی‌ها نشان می‌دهند که عمل خودارضایی در بین پسران زودتر از دختران شروع می‌شود و هم شایع‌تر است، بر طبق آمار کینزی استاد دانشگاه ایندیانا ای آمریکا، آمار انحراف اگر در پسران ۹۰٪ باشد در دختران ۶۰٪ است. طبق این پژوهش‌ها، بین ۳۰ تا ۷۰ درصد دختران و حدود ۹۴ درصد پسران در دوره نوجوانی عمل خودارضایی را انجام داده‌اند. برخی از دیگر آمارگیران این نسبت را در پسران به ۱۰۰ درصد رسانده‌اند، ولی به دلیل رضایت‌بخش نبودن مطالعات روی دختران معتقدند که این جنس حاضر است پرده از تمام معاشقات و نزدیکی‌ها و حتی تماس با حیوانات بردارد، ولی حاضر به اعتراف در رابطه با خودارضایی نیست و به نظر آنان شاید رقم بین ۳۰ تا ۷۰ درصد دقیق نباشد (۲۶). طبق این آمار از ۵۳۰۰ مردی که مورد سوال قرار گرفته‌اند ۵۱۰۰ نفر اقرار کرده‌اند که به عمل استمناء مبادرت

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، میزان به دست آمده از ضریب d کوهن و ضریب g هدگس در سطح معناداری ۰/۹۹ معنادار است، از این رو با توجه به میانگین به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تحمل پریشانی می‌توان گفت، آموزش مورد نظر موجب بهبود تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های آن شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف آموزش تحمل پریشانی بر نارسایی هیجانی، تنظیم هیجانی، و تحمل پریشانی نوجوانان ۱۱ تا ۱۴ سال مبتلا به اختلال خودارضایی انجام گرفت و نتایج نشان داد که آموزش تحمل پریشانی بر ناتوانی نارسایی هیجانی، تنظیم هیجانی، و تحمل پریشانی نوجوانان ۱۱ تا ۱۴ سال مبتلا به اختلال خودارضایی کلی مؤثر است. برای تبیین دلایل اثربخشی آموزش تحمل پریشانی در این پژوهش ضرورت دارد کارکردهای درمانی که لینهان و همکاران (۲۰) برای رفتارهای مخاطره آمیز ذکر کرده‌اند معیار قرار داده و براساس این معیارها، فرایند درمانی آزمایش شده، به صورت کیفی ارزیابی شود:

خودارضایی زمانی یک اختلال جنسی و یک علامت جسمانی و روانی تلقی می‌شود که به صورت وسواس گونه و فراسوی مهار عمدی شخص درآید. در چنین حالتی، علامتی از یک اختلال هیجانی است، نه به دلیل جنسی بودن؛ آن بلکه به علت خاصیت جبری آن (۴). بنابراین، خودارضایی یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی است که افراد جوامع با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و طبق پژوهش چویی و همکاران (۲۱) همه،

دردهای هیجانی می‌شود، همسو است. البته لازم به ذکر است که تفاوت پژوهش‌های انجام شده قبلی با این پژوهش‌ها در این است که این پژوهش بر روی نوجوانان انجام گرفته است ولی پژوهش‌های قبلی بر روی بزرگسالان با تاکید بر رفتارهای مقابله‌ای انجام شده است و دلایل اثربخشی در آن پژوهش‌ها، تمرکز بر کمال‌گرایی‌های منفی بوده است که از مهم‌ترین مهارت‌ها در آموزش‌های پاسخ‌مقابله‌ای است.

مهارت‌های جلسات ششم تا هشتم منجر به کاهش معنی‌دار در رفتارهای بی‌ثبات و تکانه‌های ناگهانی، اختلالات افسردگی (افکار و رفتار) و افزایش خودمهارگری و باورهای مثبت شد که با نتایج پژوهش‌های (۱۰، ۱۲، ۱۹، ۲۶ - ۲۸) همسو است. همه این مطالعات مؤید اثربخشی آموزش تحمل‌پریشانی در کاهش تکانشگری، خشم و خشم‌های انفجاری و تحریک‌پذیری در افراد مورد مطالعه هستند؛ با این تفاوت که پژوهش‌های بالا در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته که رفتارهای تکانه‌ای مانند خودارضایی از مهم‌ترین رفتارها در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و از علت‌های اثربخشی آن می‌توان به آموزش مهارت‌هایی اشاره کرد که منجر به افزایش ثبات عاطفی و ویژگی‌های بین‌فردی شده است. درحقیقت میزان پرخاشگری این افراد به دلیل مسایل ذاتی زیربنایی و یا به خاطر کام‌نایافتگی‌های نیازهای اولیه آنها توسط مراقبان غیرحساس بیش از حد معمول است. این افراد همواره دچار حالت‌های بینابینی وابستگی و استقلال بوده‌اند که منجر به دوسوگرایی و روابط بی‌ثبات، حالت‌های پوچی، تهی بودن، جستجوی روابط بیش از حد نزدیک یا همجوشی آرمانی و مواردی از این قبیل می‌شوند. در هر صورت تمرکز اصلی مطالعه حاضر بر روی اختلالات جنسی دوره پیش‌نوجوانی و نوجوانی و مشکلات همبود با این دوره مانند تغییرات هورمونی شدید، تلاش برای کسب استقلال و خودپیری، به دست آوردن حرمت خود و حس انسجام هویت، انجام شد که نتایج آن مطلوب و رضایت‌بخش به دست آمده است.

ورزیده‌اند (۲۷). مسلماً چنین آماری تا حد زیادی احساس گناه افراد مبتلا به خودارضایی را کاهش می‌دهد (۲۸).

در برنامه مداخله‌ای این پژوهش که با هدف شناسایی انگیزه‌های تکانه‌ای و به تأخیر انداختن آنها و در نهایت کاهش تمایلات شدید و غیررادی برای عمل است (۱۱) صورت گرفت، به آزمودنی‌ها قدرت حل مسئله در شرایط گوناگون آموزش داده شد و اعتماد به خود نوجوانان بالا رفت. در این درمان ارزیابی و شناخت افکار و احساسات که منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خودارضایی می‌شود مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به پژوهش‌های قبلی شناخت افکار و احساسات، قدم مهمی از مهم‌ترین اصول در درمان آموزش تحمل‌پریشانی است که موجب کاهش رفتارهای ناگهانی می‌شود؛ در نتیجه به نوعی یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات قبلی همسو است (۲۰، ۲۴ و ۲۵).

شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند که منجر به راهبردهای سازش‌نا یافته‌ای می‌شوند (۳۰) را در این درمان مورد بررسی قرار دادیم و افراد با آموزش این مهارت که از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی است دست یافتند و طبق پژوهش‌های لینهان و همکاران (۲۰)، و بوئوس و همکاران (۲۵)، این مهارت باعث آگاهی لحظه به لحظه از حس‌های بدنی، افکار، احساسات، و هیجانات می‌شود. بر اساس نتایج مطالعات لینهان و همکاران (۲۰) می‌توان این گونه تبیین کرد که آموزش تحمل‌پریشانی منجر به شناسایی هیجانات در افراد می‌شود و طی آن مراجعان می‌توانند هیجانات مثبت و منفی خود را شناسایی کنند و نارسایی هیجانی، تنظیم هیجانی، و تحمل‌پریشانی را بهبود بخشند.

کاربرد مهارت‌های پاسخ‌های مقابله‌ای درونی و یا بیرونی در جلسات سوم تا پنجم آموزش داده شد و از مهم‌ترین جلسات درمان هیجانات سازش‌نا یافته به شمار می‌رفت. نتایج حاصل از اجرای این مداخله با پژوهش‌های زمانی و همکاران (۱۶ و ۱۷) مبنی بر این که آموزش تحمل‌پریشانی در درمان افراد مبتلا به اختلالات هیجانی موجب کاهش اضطراب ناشی از

پروتکل استفاده شده در این مطالعه در قالب دوره‌های آموزش عمومی و تخصصی فوق برنامه در مدارس دخترانه و پسرانه در سنین قبل از بلوغ و بلوغ در مقاطع ابتدایی و متوسطه، برگزار کرد تا بدین صورت از مشکلات بعدی مانند حرمت خود پایین نوجوانان، مشکلات جنسی متعدد، و آشفتگی شدید در کسب هویت جلوگیری کرد.

**تشکر و قدردانی:** این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی باشگاه پژوهشگران و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی با شماره مجوز ۲۶۲۶۱/۵۴ در تاریخ ۱۳۹۵/۱/۱۸ صادر شد. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای این پژوهش به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

**تضاد منافع:** هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

با توجه به اینکه ماهیت آموزش تحمل پریشانی از رفتاردرمانی دیالکتیک گرفته شده است و یکی از مهم‌ترین مهارت‌های مبتنی بر پذیرش است بنابراین نتایج مطالعه حاضر در وهله نخست حاکی از اثربخشی آموزش تحمل پریشانی بر نارسایی هیجانی، تنظیم هیجانی، و تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال نیمه‌بالینی خودارضایی شده است که همخوان با نتایج پژوهش‌های مطرح شده در بخش‌های قبلی است. در هر صورت در تفسیر و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش حاضر لازم است به محدودیت‌هایی مانند کوچک بودن نمونه‌های مورد مطالعه، عدم پیگیری طولانی مدت ارزیابی‌ها، و نبود گروه گواه توجه شود. بر این اساس برای نتیجه‌گیری نهایی، تکرار مطالعات موردی متعدد یا انجام پژوهش‌های تجربی با گروه گواه و نمونه بزرگ‌تر، پیشنهاد می‌شود. همچنین می‌توان از

## References

1. Freud S. Three essays on the theory of sexuality (1905). In: Strachey J, Freud A, Strachey A, Tyson A, editor. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud volume vii (1901-1905): a case of hysteria, three essays on sexuality and other works. 1953, pp: 123-246. [\[Link\]](#)
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins; 2007, pp: 314-359. [\[Link\]](#)
3. Sue D, Sue DW, Sue S, Sue DM. Understanding abnormal behavior. 11th ed. United States: Cengage Learning; 2015, pp: 29-63. [\[Link\]](#)
4. Chivers ML, Seto MC, Blanchard R. Gender and sexual orientation differences in sexual response to sexual activities versus gender of actors in sexual films. *J Pers Soc Psychol*. 2007; 93(6): 1108-1121. [\[Link\]](#)
5. Bancroft J, Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res*. 2004; 41(3): 225-234. [\[Link\]](#)
6. Laumann EO, Mahay J. The social organization of women's sexuality. In: Wingood GM, DiClemente RJ, editors. Handbook of women's sexual and reproductive health. Boston, MA: Springer US; 2002, pp: 43-70. [\[Link\]](#)
7. Browning CR, Laumann EO. Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *Am Sociol Rev*. 1997; 62(4): 540-560. [\[Link\]](#)
8. Das A, Parish WL, Laumann EO. Masturbation in Urban China. *Arch Sex Behav*. 2009; 38(1): 108-120. [\[Link\]](#)
9. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Elsevier Health Sciences; 2008, pp: 403-529. [\[Link\]](#)
10. Das A. Masturbation in the United States. *J Sex Marital Ther*. 2007; 33(4): 301-317. [\[Link\]](#)
11. Kaplan HS. New sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions. New York, NY: Routledge; 2013, pp: 140-143. [\[Link\]](#)
12. Kusow AM. African immigrants in the United States: Implications for affirmative action. *Sociology Mind*. 2014; 4(1): 74-83. [\[Link\]](#)
13. Kim J, Kemegue F. Addressing the low returns to education of African born immigrants in the United States. Economics Working Papers [Internet]. 2007 May 15; Available from: [\[Link\]](#)
14. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*. 2005; 56(2): 193-197. [\[Link\]](#)
15. Zahedian S, Kafi Masule SM, Khosrov Javid M, Fallahi M. Efficacy of emotion regulation training on coping strategies among female elementary school students. *Journal of Child Mental Health*. 2015; 2(1): 9-19. [Persian]. [\[Link\]](#)
16. Zamani N, Zamani S, Habibi M, Abedini S. Comparison in stress of caring mothers of children with developmental, external and internal disorders and normal children. *Journal of Research and Health*. 2017; 7(2): 688-694. [\[Link\]](#)
17. Zamani N, Abyar Z, Jenaabadi H, Zamani S. Effect of impulse control training on depression and anxiety mother of children with developmental coordination disorders. *Journal of Research and Health*. 2017; 7(5): 1012-1020. [\[Link\]](#)
18. Mahmoud Alilou M, Khanjani Z, Bayat A. Comparing the coping strategies and emotion regulation of students with symptoms of anxiety-related emotional disorders and normal group. *Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(1): 41-51. [Persian]. [\[Link\]](#)
19. Massey DS, Mooney M, Torres KC, Charles CZ. Black Immigrants and black natives attending selective colleges and universities in the United States. *Am J Educ*. 2007; 113(2): 243-271. [\[Link\]](#)
20. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 67(1): 13-26. [\[Link\]](#)

21. Choi YJ, Lee WH, Rha KH, Xin ZC, Choi YD, Choi HK. Masturbation and its relationship to sexual activities of young males in Korean military service. *Yonsei Med J.* 2000; 41(2): 205–208. [\[Link\]](#)
22. Chamzadeh Ghanavati M, Aghaei A, Golparvar M. The effect of positive thinking skills on the pessimistic documentary style in primary school boys. *Research in Curriculum Planning.* 2016; 12(47): 43–50. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. Oliver MB, Hyde JS. Gender differences in sexuality: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 1993; 114(1): 29–51. [\[Link\]](#)
24. Fernández-Castro J, Rovira T, Doval E, Edo S. Optimism and perceived competence: The same or different constructs? *Pers Individ Dif.* 2009; 46(7): 735–740. [\[Link\]](#)
25. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.* 2004; 42(5): 487–499. [\[Link\]](#)
26. Goldstein S, Goldstein M. *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners*, 2nd ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1998. [\[Link\]](#)
27. Poushaneh K, Bonab BG, Namin FH. Effect of training impulse control on increase attention of children with attention – deficit/ hyperactivity disorder. *Procedia Soc Behav Sci.* 2010; 5: 983–987. [\[Link\]](#)
28. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev.* 2008; 28(4): 692–708. [\[Link\]](#)
29. Delalatgar Langroude K, Hosseinkhanzadeh AA, Taher M, Mojarrad A. The Role of Emotionality and Self-control Ability in Explaining Risk Behaviors in Students. *Journal of Child Mental Health.* 2018; 5(1): 25-35. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Abolghasemi A, Rezaee Jamalui H, Herfati R. The relationship between alexithymia, child abuse and academic achievement among male high school students. *The Journal of New Thoughts on Education.* 2011; 7(3): 135–155. [Persian]. [\[Link\]](#)
31. Garnefski N, Kommer TVD, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers.* 2002; 16(5): 403–420. [\[Link\]](#)
32. Samani S, Sadeghi L. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Psychological Models and Methods.* 2010; 1(1): 51-62. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. *Psychological tests: personality and mental health.* Tehran: Besat; 2009. [Persian].
34. Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2011; 13(50): 124–135. [Persian]. [\[Link\]](#)