Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 35, No. 3, Autumn 2025 ORIGINAL ARTICLE

Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy with short-term solution-focused therapy on self-esteem and aggression in male adolescents with self- injurious behaviors

Mohammad Sadegi[1], Masoumeh Ghavvasi Heris [2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3]
[1] BS of General Psychology, Payam-e Noor University, Ahar, Iran
[2]MA in General Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran
[3]Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: The aim of the present study was to compare the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) with short-term solution- focused therapy (STSFT) on cognitive self-esteem and aggression in male adolescents with self-injurious behaviors.
Materials and methods: The study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with the control group design. The statistical population of this study included all male students with self-injurious behaviors in the second level of middle school in Tabriz City who were studying in the academic year of 1402-1403. In total, 45 male students with self-injurious behaviors were selected by targeted non-random sampling method and randomly divided into three groups (15 people in each group). The members of the CFT group and the STSFT received their specific intervention in 8 and 6 sessions of 1.5 hours, respectively, but the control group did not receive any treatment. Three groups answered the 58-question self-esteem Cooper Smith and 29-question aggression Buss and Perry questionnaires before, after and 4 months after the intervention. The collected data were analyzed using analysis of repeated measures analysis of variance and Bonferroni's post-hoc test.
Results: Compassion-focused therapy with short-term solution- focused therapy leads to increased self-esteem and reduced aggression in male adolescents with self-injurious behaviors in the post-test, compared to the control group ($P<0.001$). The effect of both treatments on self-esteem and aggression was lasting in the follow-up phase. In addition, the effect of both treatments on self-esteem and aggression in post-test and follow-up was not significant.
Conclusion: According to the findings of the present study, it is possible to use CFT and STSFT to increase self-esteem and reduce aggression in adolescent boys with self-injurious behaviors.
Keywords: *Compassion-focused therapy, Short-term solution-focused therapy, Self-esteem, aggression, Self-injurious behaviors.*

Cited as: Sadegi M, Ghavvasi Heris M, Smkhani Akbarinejhad H. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy with short-term solution-focused therapy on self-esteem and aggression in male adolescents with self- injurious behaviors. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(3): **323-333.**

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejhad
Tel: *+98 9369943438*
E-mail: hadiakbarinejhad@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0001-5667-1790
Received: 3 Jul 2024; **Accepted:** 12 Aug 2024

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۵، شماره ۳، پاییز۱۴۰۴، صفحات ۳۲۳ تا ۳۳۳

Original Article

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی

محمد صادقی[۱]، معصومه غواصی هریس[۲]، هادی اسمخانی اکبری نژاد[۳]

[۱] کارشناس روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، اهر، ایران
[۲] کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، موسسه آموزش عالی نبی‌اکرم(ص)، تبریز، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی‌اکرم(ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی بود.*

روش بررسی: *این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی مقطع دوم متوسطه شهر تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. در مجموع ۴۵ دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به سه گروه قرار تقسیم شدند (هر گروه ۱۵ نفر). اعضای گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور مداخله مختص خود را به‌ترتیب در ۸ و ۶ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. هر سه گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به‌پرسشنامه‌های ۵۸ سوالی عزت‌نفس کوپر اسمیت و ۲۹ سوالی پرخاشگری پری و باس پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت با درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شده‌اند ($P<۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر هر دو درمان بر عزت‌نفس و پرخاشگری ماندگار بود. علاوه بر این، تأثیر هر دو درمان بر عزت‌نفس و پرخاشگری در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نداشتند.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور برای افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی استفاده کرد.*

واژگان کلیدی: *درمان متمرکز بر شفقت، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، عزت‌نفس، پرخاشگری، رفتارهای خودجرحی.*

مقدمه

نوجوانی یک دوره انتقالی همراه با تحولات چشمگیر جسمانی، شناختی و اجتماعی است (۱). روان‌شناسان این دوره را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و فشار و طوفان نامیده‌اند (۲). نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در گروه‌های خاصی از نوجوانان به‌ویژه نوجوانان بزهکار و نوجوانان قربانی آزار و بدرفتاری دوران کودکی، شیوع رفتارهای خودجرحی (self-injurious behaviors) از جمعیت عادی بیش‌تر است (۳). خودجرحی رفتاری است که در آن، فرد بدون قصد خودکشی عمدی، برای مقابله با احساسات منفی شدید و طاقت‌فرسا مثل خشم، اضطراب، و تنفر از خود، به بدن خود

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، موسسه آموزش عالی نبی‌اکرم(ص)، گروه روان‌شناسی، هادی اسمخانی اکبری نژاد (email: hadiakbarinejhad@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0001-5667-1790
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۴/۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۵/۲۲

آسیب می‌زند. تقریباً ۲۸ درصد از رفتارهای خودجرحی شامل رفتارهای متوسط تا شدید مانند بریدن، سوزاندن، خراشیدن یا کندن پوست می‌باشد. اغلب این رفتارها بین ۱۳ تا ۱۵ سال شروع می‌شود و بیش از یک چهارم نوجوانانی که به خود آسیب می‌رسانند، به‌صورت هفتگی این کار را انجام می‌دهند (۴). مهم‌ترین علل خودجرحی در دوره نوجوانی کمبود عزت‌نفس (self-esteem) (۵)، افزایش واکنش هیجانی، پرخاشگری (aggression) و تکانشگری، آسیب‌های روان‌شناختی همچون افسردگی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و مشکل در مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان (۶) هستند.

عزت‌نفس عامل مهمی در تکوین شخصیت نوجوانان، و به‌معنای اعتماد به توانایی خود، اعتماد به‌حق خود برای موفق‌بودن، شادبودن، ارزشمندبودن و ابراز نیازها و خواسته‌ها از دیگران است. افراد با سطح عزت‌نفس بالا با احتمال بیش‌تری می‌توانند در برابر مشکلات ایستادگی کنند (۷). عزت‌نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌گردد و متقابلاً، تصویر ذهنی که به هر صورتی دست‌خوش تغییر شده باشد به‌همان میزان تغییر در عزت‌نفس وی وارد می‌شود (۸). نتیجه بررسی Doğru نشان می‌دهد که عزت‌نفس در نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی به‌طور معنی‌داری کم‌تر از نوجوانان غیربرخوردار است (۴). همچنین، نتیجه یک پژوهش نشان می‌دهد که بین عزت‌نفس و پرخاشگری در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد (۹).

پرخاشگری حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه است که منجر به آسیب‌رساندن به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود (۱۰). پرخاشگری به دو صورت کلامی و غیرکلامی دیده می‌شود. افکار پرخاشگرانه نگرش پرخاشگرانه فراگیری است که فرد را به‌سوی رفتارهای خشونت‌آمیز سوق می‌دهد (۱۱). بررسی Sfeir و همکارانش نشان می‌دهد پرخاشگری نوجوانان دارای رفتار خودجرحی بیش‌تر از پرخاشگری همسالان عادی است (۶).

با توجه به روزافزونی معضل رفتارهای خودجرحی برای نوجوانان، خانواده و نظام آموزش و پرورش، و نقش متغیرهای روان‌شناختی نظیر عزت‌نفس (۵) و پرخاشگری (۶) در کاهش و یا تشدید این رفتار، انجام مداخلات روان‌شناختی به‌منظور مدیریت نقش متغیرهای مطرح‌شده از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا، درمان متمرکز بر شفقت (compassion-focused therapy) و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور (short-term solution- focused therapy) از جمله مداخلاتی هستند که می‌توانند نقش مهمی بر وضعیت روان‌شناختی نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی داشته باشند. درمان متمرکز بر شفقت جزو درمان‌های موج سوم درمان‌های رفتاری است و بیش‌تر بر مولفه ذهن‌آگاهی و پذیرش تأکید دارد (۱۲)، در حالی‌که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور برآمده از درمان‌های پُست‌مدرن است و بیش‌تر بر ساختارشکنی و راه‌حل‌سازی و معنادهی رابطه‌ای متمرکز است (۱۳)، از این‌رو در پژوهش حاضر اثربخشی این دو درمان که کاملاً فلسفه و روش متفاوتی برای درمان دارند مورد توجه قرار داده شده است تا بررسی شود که اثربخشی کدام بیش‌تر است.

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام دریافت درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتند. تمرکز این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده است (۱۲). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش‌کردن، محکوم‌کردن، و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (۱۴). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است (۱۲). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی (۱۵) و همدلی و احساس شادکامی دختران نوجوان با سابقه خودجرحی (۱۶)، و پرخاشگری و بزهکاری دانش‌آموزان قلدر (۱۷)، پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۱۸) و پرخاشگری، رفتارهای خود-

آسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران (۱۹) اثربخش است.

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور که ماهیتی پُست‌مدرنی دارد، انسان‌ها را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل کنند. فرض اساسی این درمان این است که مشکل یا مسأله موجود که افراد را به‌سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست؛ زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نبوده و درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر آن‌ها را به کار خواهند گرفت (۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیرخودکشی در دختران (۲۰) و پرخاشگری نوجوانان (۲۱) تأثیر دارد.

تحقیقات متعددی در سراسر جهان در زمینه دیدگاه‌های مربوط به مداخلات روان‌شناختی و کاهش مشکلات روان‌شناختی- اجتماعی افراد دارای رفتارهای خودجرحی در حال انجام است. اما پژوهش‌های بسیار ناچیزی در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر مشکلات افراد دارای رفتارهای خودجرحی به‌خصوص عزت‌نفس و پرخاشگری در دسترس است. عدم پرداخت به عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی، سبب تشدید مشکلات آن‌ها می‌شود که این امر نهایتاً باعث بروز رفتارهای شدیدتر مثل خودکشی و شاید مرگ شود؛ که این مسأله به خود آن‌ها، خانواده، نظام آموزش و پروش و نهایتاً جامعه تأثیر مخربی خواهد گذاشت. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی انجام شد.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی مقطع دوم متوسطه شهر تبریز که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند تشکیل داد. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین آموزش و پرورش و مراجعه به ۱۰ مدرسه از نواحی پنج‌گانه شهر تبریز و بررسی پرونده تربیتی دانش‌آموزانی که سابقه رفتارهای خودجرحی داشتند، رضایت آن‌ها و والدین‌شان نیز برای شرکت در پژوهش حاضر به‌صورت کتبی کسب شد و سپس پرسشنامه‌های عزت‌نفس Cooper Smith و پرخاشگری Buss and Perry در بین ۱۰۲ نفر از آن‌ها که مایل به شرکت در پژوهش شدند اجرا شد، و از بین کسانی که در پرسشنامه‌های مذکور به‌ترتیب یک انحراف معیار پایین‌تر و بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۹۰ نفر)، ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب، و به‌صورت گمارش تصادفی (به‌شیوه بلوک‌سازی) به دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم گردیدند. توضیح این‌که، پرسش‌نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور آزمونگر تکمیل شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱) سابقه رفتارهای خودجرحی (بر اساس گزارش مشاور مدرسه و پرونده تربیتی)، ۲) سن حداقل ۱۵ و حداکثر ۱۸ سال، ۳) در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع ومیزان دارو مصرفی در طی مدت پژوهش؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل ۱) داشتن سایر بیماری‌های روانی یا جسمانی نظیر اختلال سلوک، اختلال انفجاری متناوب، بیماری هپاتیت و بیماری قلبی (با تشخیص روان‌پزشک و پزشک)، ۲) سوءمصرف سیگار یا سایر مواد مخدر، ۳) وجود مخاطراتی برای فرد مثل افکار جدی خودکشی که امکان عدم دریافت دارو یا ثابت نگه‌داشتن آن را ناممکن می‌سازد (با تشخیص روان‌پزشک)، ۴) عدم حضور بیش از دو جلسه شرکت‌کنندگان در مراحل درمان، بودند. در پژوهش حاضر، تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-power انجام شد. بر این اساس، حداقل حجم نمونه برای تشخیص تفاوت بین گروه‌های همسان با اندازه اثر F=۰/۳۵، توان آماری ۰/۹۵ و میزان خطای α=۰/۰۵ شامل ۴۵ نفر برآورد شد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری‌شده از نمونه‌ها شامل سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجرحی و مقطع تحصیلی بود. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.621) بود. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Gilbert & Simos (۱۲) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی De Shazer (۲۲) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای

جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت طبق برنامه درمانی Simos و Gilbert (۱۵)

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با یکدیگر، تعریف مفاهیم مربوط به موضوع پژوهش و آسیب پذیری روانی ناشی از خودجرحی و اثرات آن بر افراد و مفهوم سازی درمان متمرکز بر شفقت
دوم	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن در افراد تا بتوانند برخورد مناسب، موثر و کارآمدی با محیط داشته باشند
هفتم	آموزش مسئولیت پذیری به عنوان یکی از مولفه های درمان متمرکز بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه های جدید و کارآمدتر
هشتم	مرور و تمرین مهارت های جلسات قبل برای کمک به آزمودنی ها جهت مقابله به روش های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

جدول ۲- محتوای جلسات و پروتکل درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور طبق برنامه درمانی De Shazer (۲۴)

جلسه	شرح جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون- هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت. تکلیف: شرکت‌کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف‌های موردنظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به‌گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به‌تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
دوم	هدف: کمک به‌شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به‌صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف‌های دیگری را که از خود و زندگیشان دارند بصورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری نوشته و به‌جلسه آینده بیاورند.
سوم	هدف: کمک به‌شرکت‌کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعابیر متفاوتی وجود دارد، و بتوانند تلقی خود از مشکالت پیش‌آمده را به‌شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به‌آن‌ها تا به‌قابلیت‌ها و منابع خود پی‌برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به‌هیچ وجه از خود ایراد نگیرند، و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از خودشان می بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به‌جلسه بیاورند.
چهارم	هدف: کمک به‌شرکت‌کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی خود را تشخیص داده، و بر این اساس در خودشان امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکالت خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به‌سواالت مطرح‌شده بیش‌تر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به‌جلسه بعد بیاورند.
پنجم	هدف: برهم‌زدن الگوهای رفتاری مختلی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده اند با استفاده از پرسش معجزه‌آسا. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح‌شده در جلسه در منزل فکر کنند و پاسخ‌ها را برای جلسه بعد بیاورند.
ششم	هدف: کمک به‌اعضا برای این‌که راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به‌جای آنچه الان انجام می‌دهند را پیدا کرده، و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به‌جای. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، و تعیین این‌که آیا اعضا به‌اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون.

گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، دوشنبه‌ها (برای گروه آزمایش ۱) و سه‌شنبه‌ها (برای گروه آزمایش ۲) بعد از ظهر، از ساعت ۱۸:۳۰ تا ۲۰، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر ۳ گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به‌شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

پرسشنامه عزت‌نفس Cooper Smith: این مقیاس به‌وسیله Cooper Smith در سال (۱۹۷۶) جهت سنجش میزان عزت‌نفس تدوین شده است که ۵۸ سوال دارد. ۸ سوال آن (۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸ و ۵۵) دروغ‌سنج و ۵۰ سوال دیگر مربوط به ۴ زیرمقیاس (عزت‌نفس کلی، عزت‌نفرس اجتماعی، عزت‌نفس

خانوادگی و عزت‌نفس تحصیلی) است. پاسخ به گزینه‌ها به‌صورت بلی و خیر، و شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت بلی (صفر) و خیر (یک) است. بنابراین، حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۵۰ است. نمره بالاتر نشانگر عزت‌نفس بالاتر در هر زیرمقیاس است. روایی مقیاس در موارد متعدد بررسی و تأیید، و پایایی مقیاس به‌وسیله سازندگان آن با روش بازآزمایی ۰/۸۸ محاسبه شده است (۲۳). در هنجاریابی ایرانی، روایی این ابزرا مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۴). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry: این پرسشنامه ۲۹ سوالی توسط Buss و Perry در سال ۱۹۹۲ تهیه شده است و چهار جنبه از پرخاشگری (خشم، پرخاشگری بدنی-کلامی، رنجش و بدگمانی) را می‌سنجد. پرسشنامه پرخاشگری، پالایش‌شده پرسشنامه خصومت است که بیش از سی سال قبل توسط Buss تهیه شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت، کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است نه شبیه من نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، تا به شدت شبیه من نیست (۱) می‌باشد (۲۵). روایی پرسشنامه توسط مسلمان در سال ۱۳۹۵ از طریق همبستگی با پرسشنامه خشم برابر ۰/۴۴ گزارش شد که نشان از روایی بالای پرسشنامه داشت (۲۶). در تحقیقی دیگر، سلامت روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه خشم ۰/۴۱ به‌دست آورد که نشان داد پرسشنامه روایی مناسبی دارد (۲۷). مسلمان پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آورد (۲۶). سلامت پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ، تصنیف ۰/۸۴، ۰/۸۳ گزارش کرد (۲۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

برای تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، آزمون خی‌دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. در پژوهش حاضر، سطح معنی‌داری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی در جدول ۳ ارائه شده است. در این پژوهش هر ۱۵ نفر اعضای گروه‌های آزمایشی به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجرحی و فراوانی مقطع تحصیلی آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان داد که بین سه گروه از نظر سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجرحی و مقطع تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان دادند که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبودند. در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای عزت‌نفس (F=۲/۳۲۲) و پرخاشگری (F=۲/۶۶۸) معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار، و فراوانی یافته‌های توصیفی نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر		گروه درمان متمرکز بر شفقت	گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۱۶/۹۳±۰/۷۹	۱۶/۸۷±۰/۷۴	۱۶/۷۳±۰/۷۳	۰/۷۷۶
تعداد تقریبی ارتکاب به خودجرحی (دفعه) (میانگین ± انحراف معیار)		۵/۷۳±۱/۶۶	۶/۴۰±۱/۵۴	۵/۶۷±۱/۳۴	۰/۳۵۶
مقطع تحصیلی	دهم	۵ (۳۳/۳٪)	۵ (۳۳/۳٪)	۷ (۴۶/۷٪)	۰/۲۸۲
	یازدهم	۶ (۴۰٪)	۷ (۴۶/۷٪)	۵ (۳۳/۳٪)	
	دوازدهم	۴ (۲۶/۷٪)	۳ (۲۰٪)	۳ (۲۰٪)	

آزمون: تحلیل واریانس یک‌راهه*، خی‌دو**. $p<۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین
عزت‌نفس	آزمایش ۱	۱۸/۶۰±۴/۲۷	۲۴/۵۳±۴/۴۷	۲۴/۱۳±۴/۳۰
	آزمایش ۲	۱۸/۲۷±۳/۶۵	۲۴/۳۳±۴/۶۸	۲۴/۴۰±۴/۶۲
	کنترل	۱۸/۴۷±۳/۷۹	۱۸/۷۳±۳/۸۰	۱۸/۶۰±۳/۵۶
پرخاشگری	آزمایش ۱	۸۷/۱۳±۴/۹۰	۸۱/۶۰±۴/۸۸	۸۱/۵۳±۴/۸۴
	آزمایش ۲	۸۸/۰۰±۴/۲۵	۸۱/۶۷±۴/۲۷	۸۱/۹۳±۴/۱۳
	کنترل	۸۷/۳۳±۳/۷۹	۸۷/۲۰±۳/۶۲	۸۷/۰۰±۳/۷۲

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای عزت‌نفس و پرخاشگری

متغیر	منبع اثر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	مجذور اتا	توان آزمون
عزت‌نفس	درون‌گروهی	زمان	۴۸۳/۲۱۵	۲	۲۴۱/۶۰۷	۲۴۳/۲۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۳	۱/۰۰۰
		تعامل زمان با گروه	۲۱۹/۳۶۳	۴	۵۴/۸۴۱	۵۵/۲۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۱/۰۰۰
	بین‌گروهی	گروه	۴۲۸/۳۲۶	۲	۲۱۴/۱۶۳	۳/۸۰۹	۰/۰۳۰	۰/۱۵۴	۰/۶۶۱
پرخاشگری	درون‌گروهی	زمان	۴۸۰/۰۰۰	۲	۲۴۰/۰۰۰	۴۰۰/۷۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱/۰۰۰
		تعامل زمان با گروه	۲۱۵/۶۸۹	۴	۵۳/۹۲۲	۹۰/۰۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۱	۱/۰۰۰
	بین‌گروهی	گروه	۳۷۸/۹۷۸	۲	۱۸۹/۴۸۹	۲/۱۶۰	۰/۰۴۹	۰/۰۹۳	۰/۴۱۷

با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر عزت‌نفس و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر پرخاشگری معنی‌دار نبودند، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز برای متغیرهای مورد مطالعه رعایت شده است (p>۰/۰۵).

در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار نمره‌های عزت‌نفس و پرخاشگری سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و کنترل، در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است

براساس جدول ۴، دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری، به‌ترتیب در عزت‌نفس تغییرات افزایشی و پرخاشگری تغییرات کاهشی را نشان می‌دهند. در جدول ۵، نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری آزمودنی‌ها ارائه شده است

همان‌گونه در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، برای متغیر عزت‌نفس هم اثر زمان (P<۰/۰۰۱) و هم اثر گروه (P=۰/۰۳۰) معناردار هستند؛ اما برای متغیر پرخاشگری اثر زمان (P<۰/۰۰۱) معناردار ولی اثر گروه (P=۰/۰۴۹) معناردار نیست. این یعنی حداقل در یکی از دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین ۳ گروه پژوهش در عزت‌نفس و پرخاشگری تفاوت وجود دارد. برای تشخیص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ نشان داد شده است

نتایج جدول ۶ نشان داد در مرحله پس‌آزمون نمرات عزت‌نفس (P=۰/۰۰۵) و پرخاشگری (P=۰/۰۲۶) بین گروه درمان متمرکز بر شفقت با گروه کنترل تفاوت معنادار و نمرات عزت‌نفس (P=۰/۰۰۷) و پرخاشگری (P=۰/۰۲۹) درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در نمرات عزت‌نفس و

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثر مداخلات بر متغیرهای پژوهش در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مراحل	متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار P
پس‌آزمون	عزت‌نفس	درمان متمرکز بر شفقت- کنترل	۵/۸۰۰	۱/۷۱۸	۰/۰۰۵
		درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور- کنترل	۵/۶۰۰	۱/۷۱۸	۰/۰۰۷
		درمان متمرکز بر شفقت- درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور	۰/۲۰۰	۱/۷۱۸	۱/۰۰۰
	پرخاشگری	درمان متمرکز بر شفقت- کنترل	-۵/۶۰۰	۲/۰۳۹	۰/۰۲۶
		درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور- کنترل	-۵/۵۳۳	۲/۰۳۹	۰/۰۲۹
		درمان متمرکز بر شفقت- درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور	-۰/۰۶۷	۲/۰۳۹	۱/۰۰۰
پیگیری	عزت‌نفس	درمان متمرکز بر شفقت- کنترل	۵/۵۳۳	۱/۶۶۳	۰/۰۰۵
		درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور- کنترل	۵/۸۰۰	۱/۶۶۳	۰/۰۰۳
		درمان متمرکز بر شفقت- درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور	-۰/۲۶۷	۱/۶۶۳	۱/۰۰۰
	پرخاشگری	درمان متمرکز بر شفقت- کنترل	-۵/۴۶۷	۲/۰۳۴	۰/۰۳۱
		درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور- کنترل	-۵/۰۶۷	۲/۰۳۴	۰/۰۴۶
		درمان متمرکز بر شفقت- درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور	-۰/۴۰۰	۲/۰۳۴	۱/۰۰۰

پرخاشگری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مقایسه میانگین‌های گروه‌ها نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون نمرات عزت‌نفس و پرخاشگری در گروه کنترل از گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به‌ترتیب پایین‌تر و بالاتر است. همچنین، در مرحله پیگیری نمرات عزت‌نفس (P=۰/۰۰۵) و پرخاشگری (P=۰/۰۳۱) بین گروه درمان متمرکز بر شفقت با گروه کنترل تفاوت معنادار و نمرات عزت‌نفس (P=۰/۰۰۳) و پرخاشگری (P=۰/۰۴۶) بین درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در نمرات عزت‌نفس و پرخاشگری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مقایسه میانگین‌های گروه‌ها نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون نمرات عزت‌نفس و پرخاشگری در گروه کنترل از گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به‌ترتیب بالاتر و پایین‌تر است.

بحث

در این پژوهش که به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی پرداخته شد، نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. تقریباً هم‌راستا با نتیجه مطالعه حاضر، Fallah و همکارانش (۱۸) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودجرحی اثربخش است. همچنین، تا حدودی همسو با نتیجه پژوهش حاضر، Kashanian و همکارانش (۱۶) به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت بر همدلی و احساس شادکامی دختران نوجوان با سابقه خودجرحی تأثیر دارد. Derikvand و همکارانش (۱۷) در بررسی خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر پرخاشگری و بزهکاری دانش‌آموزان قلدر اثربخش است که این یافته نیز به‌نوعی با یافته پژوهش حاضر همسو است. علاوه بر این، AghaaliTari و همکارانش (۱۸) در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد که این یافته نیز به‌نوعی با یافته پژوهش حاضر هم‌راستا است. در آخر، Damavandian و همکاران (۱۹) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر پرخاشگری، رفتارهای خود-آسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران اثربخش است که نتیجه این تحقیق هم به‌نوعی با نتیجه پژوهش حاضر همسو است.

خودجرحی یک نگرانی سلامت روان با عواقب بالقوه شدید است (۴). برای موثربودن مداخلات روان‌شناختی برای افراد دارای رفتارهای خودجرحی، تقویت عزت‌نفس و انجام یک رفتار منحصر به فرد متقابل که با غلبه بر شرم درونی و خودکنترلی همراه است، ضروری به‌نظر می‌رسد (۱۵). این فعالیت اساساً

هسته اصلی درمان متمرکز بر شفقت است (۲۸). شفقت به خود نوعی هماهنگی کارکردی نسبت به نقش‌های برجسته‌ای است که عوامل زمینه‌ای در زندگی دیگران و خودمان ایفا می‌کنند و با وسواس درونی که نتیجه انگ یا شرم است ناسازگار است. همان‌طور که Gilbert (۲۸) توضیح می‌دهد، درمان متمرکز بر شفقت مجموعه‌ای از تکنیک‌ها است که ممکن است در انواع تکنیک‌های درمانی سازگار گنجانده شود. بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت به‌طور قابل‌توجهی شفقت به خود و متعاقباً عزت‌نفس و خودکنترلی را افزایش می‌دهد. آموزش افرادی که با شرم، خودجرحی یا گناه زندگی می‌کنند برای بهبود عملکرد انطباقی آن‌ها بسیار ضروری است (۲۱). یکی از حوزه‌های مورد تأکید در درمان مبتنی بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به خود و دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با خود و دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۱۲). اثرگذاری این درمان بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شرکت‌کننده در این پژوهش می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به‌شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به‌نوبه خود باعث افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن‌آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود. اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به‌نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است (۲۹).

علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، Yasfard و همکاران (۲۰) نشان دادند که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیرخودکشی در دختران تأثیر دارد. همچنین، همسو با نتیجه پژوهش حاضر، Bakhshipoor و Ramezanzadeh(۲۱) به این نتیجه رسیدند درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور پرخاشگری نوجوانان اثربخش است.

نتیجه به‌دست آمده را می‌توان این‌طور تبیین کرد در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور هنگامی که مراجعان به راه‌حل‌های گوناگونی برای حل مشکلات‌شان دست پیدا کردند و تغییرات کوچک را در پی به‌کارگیری این راه‌حل‌ها در زندگی و روابط‌شان ملاحظه نمودند، امیدواری برای ایجاد تغییرات بزرگ‌تری در آن‌ها ایجاد گردید. همچنین با کشف و استخراج استثنائات زندگی، افراد دریافتند که زمان‌هایی در زندگی آن‌ها وجود داشته که مشکلات به این گونه که هم اکنون با آن مواجه هستند وجود نداشته یا با شدت کم‌تری وجود داشته است و پی بردند که در آن موقعیت‌ها رفتارهایی داشته‌اند و کارهایی انجام می‌داده‌اند که مشکلات کنونی وجود نداشته‌اند، حال در فرآیند جلسات درمان آموختند که هم اکنون نیز می‌توانند لحظه‌های استثنایی بدون مشکل در زندگی‌شان را دوباره ایجاد نمایند (۳۰). در جلسات درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی کمک شد تا خود برای مشکلات شخصی و روابط بین‌فردی خود راه‌حل‌های جدیدی پیدا کنند و با این احساس که خود قادر به‌کاهش مشکلات‌شان هستند، عزت‌نفس آن‌ها افزایش و پرخاشگری‌شان کاهش پیدا کرد.

نمونه‌های پژوهش حاضر برحسب هر دو جنسیت، وضعیت اقتصادی و نوع شخصیت آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار نگرفته، که این موارد جزو محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. به پژوهشگران محترم پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا کنند، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز بهره ببرند، و آزمودنی‌ها را برحسب وضعیت اقتصادی و نوع شخصیت نیز همتاسازی کنند.

این پژوهش نتیجه‌گیری می‌کند که درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور موجب افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شده‌اند و اثربخشی آن‌ها متفاوت از هم نیست. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی کمک کنند تا مشکلات برآمده از خودجرحی را بهتر پذیرش کنند و برای آن راه‌حل‌هایی بسازند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً عزت‌نفس آنان افزایش پیدا کرده و پرخاشگری‌شان کم‌تر شده است.

تشکر و قدردانی

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافعی وجود ندارد. امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر سه نویسنده مقاله حاضر بوده است. در انتها صمیمانه از نوجوانان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Dick AS, Lopez DA, Watts AL, Heeringa S, Reuter C, Bartsch H, et al. Meaningful associations in the adolescent brain cognitive development study. Neuroimage 2021; 15: 118-27.
2. Gu H, Ma P, Xia T. Childhood emotional abuse and adolescent nonsuicidal self-injury: the mediating role of identity confusion and moderating role of rumination. Child Abuse Negl 2020; 106: 104474.
3. Wu R, Huang J, Ying J, Gao Q, Guo J, You J. Behavioral inhibition/approach systems and adolescent nonsuicidal self-injury: The chain mediating effects of difficulty in emotion regulation and depression. Personality and Individual Differences 2021; 175: 110718.
4. Bettis AH, Liu RT, Walsh BW, Klonsky ED. Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth: Progress and Challenges. Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health 2020; 5: 354–64.
5. Doğru H. Psychopathological Differences Between Self-Injurious Behaviors and Suicide Attempts in Adolescents. Eurasian J Med 2023; 55: 37–42.
6. Sfeir E, Geara C, Hallit S, Obeid S. Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2020;14:32.
7. Teo I, Fronczyk KM, Guindani M, Vannucci M, Ulfers SS, Hanasono MM, Fingeret MC. Salient body image concerns of patients with cancer undergoing head and neck reconstruction. Head Neck 2016; 38: 1035-42.
8. Ghorbani M, Alipour A, Aliakbari Dehkordi M. The effectiveness of interventions of positive approach on depression, selfesteem, life expectancy and body image of mastectomized women. Health Psychology 2017; 6: 151-67. [In Persian]
9. Hu Y, Cai Y, Wang R, Gsn Y, He N. The relationship between self-esteem and aggressive behavior among Chinese adolescents: A moderated chain mediation model. Front Psychol 2023; 14: 1191134.
10. Shechtman Z, Tutian R. Teachers treat aggressive children: An outcome study. Teaching and Teacher Education 2016; 58: 28-34.
11. Vacher C, Romo X, Dereure M, Soler M, Picot MC, Purper-Ouakil D. Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trial. Trials 2022; 23: 124.
12. Gilbert P, Simos G. Compassion focused therapy: Clinical practice and applications. Singapore: Routledge; 2020. P.17.
13. Chen S. An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2020; 21: 403.
14. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2023; 326:168-192.
15. Fallah A, Heydari Sh, Emadian SO. Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance, High-Risk Behaviors and Feelings of Loneliness in Students with Self- Injurious Behaviors. JMSTHUMS 2023; 11: 99-113. [In Persian]
16. Kashanian F, Khodabakhshi-Koolaee A, Taghvaei D, Ahghar G. Comparing the effectiveness of two group therapies compassion-focused therapy and positive-oriented Therapy on empathy and feelings of happiness in adolescent girls with a background of self-injury. JPEN 2023; 9: 40-51. [In Persian]
17. Derikvand F, Yazdanbakhsh K, Karami J. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Externalized Problems (Aggression and Delinquency) in Bullying Students. Knowledge and Research in Applied Psychology 2022; 23: 40-51. [In Persian]

18. AghaaliTari SH, Haghani R, Nikkhah B. The Effectiveness of the Therapy Based on Self-Compassion on the Aggression and Resilience of Female Student with ODD. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences 2021; 63: 2210-2220. [In Persian]

19. Damavandian A, Golshani F, Saffarinia M, Baghdasarians A. Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Dialectical Behavioral Therapy on Aggression, Self-Harm Behaviors, and Emotional Self-Regulation in Juvenile Delinquents of Tehran Correction and Rehabilitation Center. Social Psychology Research 2021; 11: 31-58. [In Persian]

20. Yasfard G, Abaspour Azar Z, Hosseini Almadani S A. Comparing the Effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on Self-Esteem, Cognitive-Emotional Regulation and Non-Suicidal Self-Injury in daughters. Iran J Health Educ Health Promot 2020; 7: 343-358. [In Persian]

21. Bakhshipoor B, Ramezanzadeh S. The Effect of Solution-Focused Brief Therapy on Aggression in Children and Adolescents. Journal of Psychological Studies 2016; 12: 141-156. [In Persian]

22. De Shazer S. Words were originally magic. 1st ed. New York: Norton; 1994. P.30.

23. Pritchard M. Does self esteem moderate the relation between gender and weight preoccupation in undergraduates? Personality and Individual Differences 2010; 48: 224-227.

24. Soheylizad M, Yahaghi Amjad E, Amini D, Gholamaliee B. Relationship between self-esteem, resilience and quality of life in patients with type 2 diabetes in Hamadan in 2015. Pajouhan Sci J 2016; 15: 1-8. [In Persian]

25. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. Pers Soc Psychol 1992; 63: 452-59.

26. Mosalman Z. The effect of cognitive therapy on irrational beliefs, ataxia, aggression of depressed people [Master's thesis]. Mashhad: Islamic Azad University of Mashhad; 2016. [In Persian]

27. Salamat A. The effectiveness of behavioral activation therapy on burnout and aggression in diabetic patients. [Master's thesis] Tehran: Islamic Azad University of Tehran; 2017. [In Persian]

28. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol 2014; 53: 6-41.

29. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. Mindfulness 2015; 6: 444-454.

30. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy [Unpublished PhD Dissertation]. New York: The State University of New York at Buffalo; 2006. P.44.