

Original Article

Comparing the Effectiveness of Compassion-focused Therapy and Short-term Solution-focused Therapy on Self-esteem and Aggression in Female Adolescents with Self-injurious Behaviors

Yahyav Mirali Bidakhavidi*¹, Behrooz Jandaghi², Hadi Smkhani Akbarinejad³

1. Department of Law, Hoda Faculty, Qom, Iran

2. Department of Law, Jamia Al-Mustafi University, Qom, Iran

3. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989127583184, E-mail: y.mirali@hu.ac.ir

Article info

Article history:

Received: Jul 02, 2024

Accepted: Oct 23, 2024

Keywords:

Compassion-focused
Therapy

Short-term Solution-focused
Therapy

Self-esteem

Aggression

Self-injurious Behaviors

ABSTRACT

Background: Self-injury is one of the problems that causes many psychological and social harms. Its prevalence in adolescents is very high and it has become a serious problem. The present study aimed to compare the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) with Short-Term Solution-Focused Therapy (STSFT) on self-esteem and aggression in female adolescents with self-injurious behaviors.

Methods: This study was quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up with a control group design. The study population included all female students with self-injurious behaviors attending the second high school level in the 1402-1403 (2024) academic year in Tabriz City. A total of 45 people were selected using a non-random purposeful sampling method and randomly divided into three groups (15 participants each). Members of the compassion-focused therapy group and the short-term solution-focused therapy group received their specific intervention in 8 and 6 sessions of 1.5 hours each. The control group received no treatment. Both groups completed the Cooper Smith (1976) 58-question self-esteem questionnaire and Buss and Perry (1992) 29-question aggression questionnaire, before, after, and 4 months after the intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc tests using SPSS-26 software.

Results: There was no significant difference between the scores of self-esteem and aggression in the experimental and control groups at the pre-test ($p < 0.05$). The results showed that CFT and STSFT increased self-esteem and decreased aggression in female adolescents with self-injurious behaviors at the post-test, compared with the control group ($p < 0.001$). The effects of CFT and STSFT on self-esteem and aggression persisted at the follow-up ($p < 0.001$). In addition, the effects of CFT and STSFT on self-esteem and aggression at post-test and follow-up were insignificant ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, compassion-focused therapy, and short-term solution-focused therapy may be effective in enhancing the self-esteem and reducing the aggression of female adolescents with self-injurious behaviors. Therefore, these two therapeutic approaches can be used to reduce the problems arising from self-injury among teenage females, including reducing aggression and improving their self-esteem.

How to cite this article: Mirali Bidakhavidi Y, Jandaghi B, Smkhani Akbarinejad H. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and short-term solution-focused therapy on self-esteem and aggression in female adolescents with self-injurious behaviors. Journal of Health & Care. 2025;26(4): 328-342.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجراحی

یحیی میرعلی بید/خویدی^{۱*}، بهروز جندقی^۲، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد^۳

۱. گروه حقوق، دانشکده هدی، قم، ایران

۲. گروه حقوق، دانشگاه جامعه‌المصطفی (ص)، قم، ایران

۳. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

*نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۷۵۸۳۱۸۴ ایمیل: Y.mirali@hu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: خودجراحی یکی از مشکلاتی است که آسیب‌های روانی و اجتماعی بسیاری بر جای می‌گذارد. شیوع این مشکل در بین نوجوانان بسیار زیاد بوده و تبدیل به یک معضل جدی شده است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجراحی بود.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری و با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودجراحی مقطع دوم متوسطه شهر تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. از بین آنها ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم شدند (هر گروه ۱۵ نفر). اعضای گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، مداخله مختص خود را به ترتیب در ۸ و ۶ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند و گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های عزت‌نفس کوپر اسمیت (۱۹۷۶) و پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تست تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین نمرات عزت‌نفس و پرخاشگری در گروه‌های درمان و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجراحی شده‌اند ($p < 0/001$). در مرحله پیگیری، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری ماندگار بود ($p < 0/001$). علاوه بر این، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور موجب افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجراحی می‌شوند. بنابراین از این دو رویکرد درمانی می‌توان در کاهش مشکلات روانی ناشی از خودجراحی در دختران نوجوانان استفاده کرد. **واژه‌های کلیدی:** درمان متمرکز بر شفقت، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، عزت‌نفس، پرخاشگری، رفتارهای خودجراحی

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۲ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۲

مقدمه

نوجوانی یک دوره انتقالی همراه با تحولات چشمگیر جسمی، شناختی و اجتماعی است (۱). روان‌شناسان این دوره را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و فشار و طوفان نامیده‌اند (۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در گروه‌های خاصی از نوجوانان به‌ویژه نوجوانان بزهکار یا قربانی آزار و بدرفتاری دوران کودکی، شیوع رفتارهای خودجرحی^۱ 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 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 سالگی شروع شده و در بیش از یک چهارم موارد، به‌صورت هفتگی انجام می‌شود (۴). مهم‌ترین علل خودجرحی در دوره نوجوانی کمبود عزت‌نفس^۲، افزایش واکنش هیجانی، پرخاشگری^۳ و تکانشگری، آسیب‌های روان‌شناختی همچون افسردگی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان می‌باشند (۵، ۶).

عزت‌نفس به معنای اعتماد به توانایی خود برای موفق بودن، 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 (۸). نتیجه بررسی دوغرو^۴ 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 می‌شود (۱۰). افکار پرخاشگرانه، نگرش پرخاشگرانه است که فرد را به‌سوی رفتارهای خشونت‌آمیز سوق می‌دهد (۱۱). پرخاشگری، یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و از دلایل مهم ارجاع آن‌ها به مراکز مشاوره و روان‌درمانی است (۱۲، ۱۳). کودکان و نوجوانان پرخاشگر معمولاً قدرت مهار رفتار خود را ندارند و رسوم و اخلاق جامعه‌ای را که در آن زندگی می‌کنند زیرپا می‌گذارند (۱۴). به‌نظر می‌رسد نوجوانی به‌واسطه برخی تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی با گرایش به پرخاشگری و انواع رفتارهای پرخطر مانند خودجرحی همراه باشد (۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند نوجوانانی که سابقه بدرفتاری در دوره کودکی به‌صورت آزار فیزیکی، جنسی، هیجانی و غفلت داشته‌اند، در معرض خطر بالاتر رفتارهای پرخاشگرانه و خودجرحی قرار دارند (۱۶). بررسی سفری^۵ و همکاران نشان داد پرخاشگری نوجوانان دارای رفتار خودجرحی بیش از پرخاشگری همسالان عادی است (۶).

باتوجه به روزافزونی 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^۶ و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور^۷ از جمله مداخلاتی هستند که می‌توانند نقش مهمی بر وضعیت

¹ Self-injurious Behaviors

² Self-esteem

³ Aggression

⁴ Doğru

⁵ Sfeir

⁶ Compassion-focused Therapy

⁷ Short-term Solution-focused Therapy

روان‌شناختی نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی داشته باشند. درمان متمرکز بر شفقت جزء درمان‌های موج سوم رفتاری است که بیش‌تر بر مولفه ذهن‌آگاهی و پذیرش تأکید دارد (۱۷). در حالی‌که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور برآمده از درمان‌های پُست‌مدرن بوده و بیش‌تر بر ساختار شکنی و راه‌حل‌سازی و معنادهی رابطه‌ای متمرکز است (۱۸). درمان متمرکز بر شفقت بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز بوده (۱۷) و محور اصلی آن، پرورش ذهن شفقت‌ورز است. از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند (۱۹). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خودجهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خوداطمینانی، مهربانی و خودتسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند (۱۷). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر و احساس تنهایی (۲۰)، حس شادکامی دختران نوجوان با سابقه خودجرحی (۲۱) و نیز پرخاشگری و بزهکاری دانش‌آموزان قلدر (۲۲)، پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۲۳) و پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار (۲۴) اثربخش بوده‌اند.

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 آن 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 (۱۸). این درمان به دلیل دیدگاه غیرآسیب‌شناختی، کوتاه‌مدت بودن، ماهیت کاربردی و عملی و تکنیک‌های ساده و قابل آموزش یکی از رایج‌ترین رویکردهای درمانی کنونی است (۲۵). در این درمان، به جای زمینه‌های سخت و تغییرناپذیر بر مسائلی که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد، تمرکز می‌شود (۲۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیرخودکشی در دختران (۲۹-۲۷)، عزت‌نفس بیماران مبتلا به اسکیزوفرن (۳۰)، کاهش پرخاشگری و مدیریت خشم نوجوانان (۳۱، ۳۲) 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. همچنین در بررسی متون، پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر این متغیرها بپردازد، یافت نشد. این در حالی است که عدم پرداخت به عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی، سبب تشدید مشکلات آن‌ها و بروز رفتارهای شدیدتر مثل خودکشی و شاید مرگ شود که این مسأله بر خود آن‌ها، خانواده، نظام آموزش و پرورش و 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 دختر دارای رفتارهای خودجرحی انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر دارای رفتارهای خودجراحی مقطع دوم متوسطه شهر تبریز که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل داد. جهت نمونه گیری از روش نمونه گیری غیر احتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین آموزش و پرورش و مراجعه به ۱۱ مدرسه از نواحی پنج گانه شهر تبریز و بررسی پرونده تربیتی دانش آموزانی که سابقه رفتارهای خودجراحی داشتند، رضایت آن‌ها و والدین‌شان برای شرکت در پژوهش حاضر به صورت کتبی کسب شد و سپس پرسشنامه‌های عزت نفس کوپراسمیت^۱ و پرخاشگری باس و پری^۲ در بین ۱۲۷ نفر از آن‌ها که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد و از بین کسانی که در پرسشنامه‌های مذکور به ترتیب یک انحراف معیار پایین تر و بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۱۰۸ نفر)، ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت گمارش تصادفی (به شیوه بلوک سازی) به دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم گردیدند. توضیح این که، پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور آزمونگر تکمیل شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل سابقه رفتارهای خودجراحی (بر اساس گزارش مشاور مدرسه و پرونده تربیتی)، سن حداقل ۱۵ و حداکثر ۱۸ سال، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن سایر بیماری‌های روانی نظیر اختلال شخصیت مرزی و اختلال سلوک، اختلال انفجاری متناوب و بیماری‌های جسمانی که شرکت در جلسات درمانی را با مشکل مواجه کند، سوء مصرف

سیگار یا سایر مواد مخدر، وجود مخاطراتی برای فرد مثل افکار جدی خودکشی با تشخیص روانپزشک که امکان عدم دریافت دارو یا ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد و عدم حضور بیش از دو جلسه در مراحل درمان بودند. در پژوهش حاضر، تخمین حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G-power انجام شد. بر این اساس، حداقل حجم نمونه برای تشخیص تفاوت بین گروه‌های همسان با اندازه اثر $F=0/35$ ، توان آماری $0/95$ و میزان خطای $\alpha=0/05$ شامل ۴۵ نفر برآورد شد. توضیح این که حجم نمونه بزرگ تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی به احتمال زیاد ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد (۳۳). اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع آوری شده از نمونه‌ها شامل سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجراحی و مقطع تحصیلی بود.

پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی گیلبرت و سیموس^۳ (۱۷) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از درمان کوتاه مدت راه حل محور به صورت گروهی طبق برنامه درمانی دِ شازر^۴ (۳۴) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای 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 سه شنبه‌ها (برای گروه آزمایش ۲) از ساعت ۱۸:۳۰ تا ۲۰، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس آزمون) و ۴ ماه پس از اتمام درمان

³ Gilbert & Simos

⁴ De Shazer

¹ Coopersmith

² Buss-Perry

گزارش گردیده است (۳۶). در پژوهش حاضر نیز، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه ۲۹ سوالی پرخاشگری توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ تهیه شده و چهار جنبه از پرخاشگری (خشم، پرخاشگری بدنی-کلامی، رنجش و بدگمانی) را می‌سنجد. پرسشنامه پرخاشگری، پالایش شده پرسشنامه خصومت است که بیش از سی سال قبل توسط باس تهیه شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ می‌باشد (۳۷). در بررسی پایایی این پرسشنامه توسط باس و پری، نتایج ضریب بازآزمایی (با فاصله ۹ هفته) برای چهار زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۰، پرخاشگری کلامی ۰/۷۶، خشم ۰/۷۲ و خصومت ۰/۷۲ به دست آمده است (۳۷). روایی پرسشنامه توسط مسلمان در سال ۱۳۹۵ از طریق همبستگی با پرسشنامه خشم، برابر ۰/۴۴ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش شد که نشان از روایی بالای پرسشنامه داشت (۳۸). سلامت نیز در تحقیقی دیگر، روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه خشم، ۰/۴۱ به دست آورد (۳۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، آزمون کای دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و سطح معناداری، معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

(پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک اعضا از آنها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت 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 گردید. با این حال، کلیه شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات، اطمینان داده شد و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

همچنان که ذکر شد برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های عزت‌نفس کوپراسمیت و پرخاشگری باس و پری استفاده شد. پرسشنامه عزت‌نفس کوپراسمیت (۱۹۷۶) ۵۸ سوال دارد. ۸ سوال آن (۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸ و ۵۵) دروغ‌سنج و ۵۰ سوال دیگر مربوط به عزت‌نفس (عزت‌نفس کلی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی) می‌باشد. پاسخ به گزینه‌ها به صورت بلی و خیر و شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت صفر و یک است. بنابراین، حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۵۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشانگر عزت‌نفس بیشتر در هر زیرمقیاس است. روایی مقیاس در موارد متعدد بررسی و تأیید شده است. پایایی مقیاس نیز به وسیله سازندگان آن با روش بازآزمایی، ۰/۸۸ محاسبه شده است (۳۵). در هنجاریابی ایرانی، روایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۷۳

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت و سیموس (۱۷)

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با یکدیگر، تعریف مفاهیم مربوط به موضوع پژوهش و آسیب پذیری روانی ناشی از رفتارهای 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 برانگیز 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 آزمودنی‌ها جهت مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور د شائر (۳۴)

جلسه	محتوا
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 مورد نظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
دوم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری 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 قابل اندازه‌گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند.
سوم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعابیر متفاوتی وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش‌آمده را به شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آن‌ها تا به قابلیت‌ها و منابع خود پی برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به هیچ وجه از خود ایراد نگیرند و در عوض هر کار و فعالیت مثبتی که از خودشان می‌بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به جلسه بیاورند.
چهارم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی خود را تشخیص داده، و بر این اساس در خودشان امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به سوالات مطرح‌شده پیش‌تر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به جلسه بعد بیاورند.
پنجم	هدف: برهم زدن الگوهای رفتاری مختلفی 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 به اعضا برای این که راه‌های دیگری را برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الان انجام می‌دهند پیدا کرده و احساسات جدیدی را تجربه کنند. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، و تعیین این که آیا اعضا به اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه 0.78 ± 0.16 سال و میانگین و تعداد تقریبی ارتکاب به خودجرحی $1/50 \pm 6/33$ بار بود. نتایج نشان داد که بین سه گروه از نظر سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجرحی و مقطع تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. در این پژوهش هر ۱۵ نفر اعضای گروه‌های آزمایشی به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی

جدول ۳. مقایسه فراوانی، میانگین و انحراف معیار مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در سه گروه

متغیر	گروه درمان متمرکز بر شفقت	گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت	گروه کنترل	سطح معنی داری
سن (سال) (میانگین)	۱۷/۰±۷/۷۹	۱۶/۰±۸/۷۷	۱۶/۰±۷۳/۷۹	۰۰/۴۸۰
تعداد تقریبی ارتکاب به خودجرحی (میانگین)	۶/۱±۰/۶۹	۶/۱±۷۳/۳۳	۶/۱±۲۷/۴۸	۰۰/۴۱۲
مقطع تحصیلی	دهم	دهم	دهم	
دوازدهم	۴ (٪۲۶/۷)	۶ (٪۴۰)	۷ (٪۴۶/۷)	۰۰/۴۴۹
دوازدهم	۵ (٪۳۳/۳)	۳ (٪۲۰)	۳ (٪۲۰)	

تحلیل واریانس یکطرفه*، کای دو**، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است ($p > ۰/۰۵$). در آزمون ام باکس نیز، از آنجایی که F متغیرهای عزت نفس ($F=۱/۵۹۳$) و پرخاشگری ($F=۱/۸۹۰$) به ترتیب در سطح $۰/۰۸۶$ و $۰/۰۶۹$ معنادار نبودند، بنابراین، مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نیز نشان داد با توجه به این که مقدار کرویت موخلی متغیر عزت نفس ($۰/۵۵۰$) در سطح خطای داده شده $۰/۴۲۱$ و مقدار کرویت موخلی متغیر پرخاشگری ($۰/۶۰۰$) در سطح خطای داده شده $۰/۶۱۰$ معنی دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛

بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچکتر از $۰/۰۵$ می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میانگین نمرات عزت نفس و پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه‌های آزمایش به ترتیب افزایش و کاهش داشته‌اند و این افزایش و کاهش تا چهار ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری نیز دارای ثبات بود.

جدول ۴. میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین	پس آزمون میانگین	پیگیری میانگین
عزت نفس	آزمایش ۱	۱۹/۴±۲۷/۱۳	۲۵/۵±۸۰/۱۸	۲۵/۵±۵۳/۲۳
	آزمایش ۲	۱۹/۳±۰۷/۹۹	۲۵/۴±۰۰/۶۷	۲۵/۴±۰۷/۶۵
	کنترل	۱۸/۳±۶۷/۷۹	۱۸/۳±۷۳/۷۷	۱۸/۳±۷۳/۴۳
	P-value	۰/۹۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
پرخاشگری	آزمایش ۱	۸۸/۵±۶۰/۲۳	۸۳/۵±۰۰/۹۵	۸۳/۵±۰۷/۹۲
	آزمایش ۲	۸۷/۴±۸۰/۸۴	۸۱/۴±۶۷/۷۴	۸۱/۴±۸۷/۶۴
	کنترل	۸۸/۳±۴۰/۷۳	۸۷/۳±۹۳/۰۳	۸۷/۳±۵۳/۱۳
	P-value	۰/۸۸۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵

در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیرهای عزت نفس و پرخاشگری ارائه شده است. همان گونه که نتایج نشان می دهد درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه مدت راه حل محور منجر به افزایش عزت نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی شده اند.

جدول ۵. تحلیل اندازه گیری مکرر نمرات عزت نفس و پرخاشگری در مرحله پس آزمون و پیگیری بین گروه ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	P-value	مقدار انا
عزت نفس	اثر درون گروهی	۵۱۵/۳۹۳	۲	۲۵۷/۶۹۶	۳۱۰/۲۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	اثر گروه	۲۵۰/۸۳۰	۴	۶۲/۷۰۷	۷۵/۴۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	اثر بین گروهی	۶۳۴/۰۵۹	۲	۳۱۷/۰۳۰	۵/۷۵۳	۰/۰۰۶	۰/۲۱
پرخاشگری	اثر درون گروهی	۵۰۱/۶۱۵	۲	۲۵۰/۸۰۷	۴۵۰/۱۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	اثر گروه	۱۷۸/۲۵۲	۴	۴۴/۵۶۳	۷۹/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	اثر بین گروهی	۴۲۱/۳۹۳	۲	۲۱۰/۶۹۶	۳/۲۴۰	۰/۰۴۸	۰/۱۳

تحلیل اندازه گیری مکرر $p < ۰/۰۵$ * اختلاف معنادار

در عزت نفس و پرخاشگری در پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ در صورتی که در گروه های آزمایش، مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر عزت نفس و پرخاشگری بین پیش آزمون نسبت به پس آزمون و پیش آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). اما بین پس آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری دیده نشد.

همان گونه که از نتایج جدول ۵ در بعد اثر بین گروهی و همچنین مقایسه میانگین ها در جدول ۴ مشهود است بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه های آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در عزت نفس و هم پرخاشگری شده است. همچنین، بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی ها

جدول ۶. مقایسه های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل	گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت در مقایسه با گروه کنترل	گروه درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت
عزت نفس	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها
	سطح معناداری	سطح معناداری	سطح معناداری
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳
پرخاشگری	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها
	سطح معناداری	سطح معناداری	سطح معناداری
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹

تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه درمان متمرکز بر شفقت و گروه درمان کوتاه مدت راه حل محور با کنترل می باشد؛ به طوری که هم در پس آزمون و هم در پیگیری، نمرات عزت نفس و پرخاشگری گروه های آزمایش به ترتیب افزایش و کاهش از نمره گروه کنترل داشتند؛ اما نمرات عزت نفس و پرخاشگری گروه های آزمایش، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه ها در متغیرهای عزت نفس و پرخاشگری در مرحله پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان داد که اختلاف میانگین نمرات عزت نفس و پرخاشگری گروه های آزمایش با گروه کنترل، معنادار ($p < ۰/۰۰۱$) و اختلاف میانگین نمرات عزت نفس و پرخاشگری در گروه های آزمایش نسبت به یکدیگر معنادار نبود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن بود که معنی داری

بحث

در این پژوهش که به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی پرداخته شد، نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی اثربخش بوده و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود. در این راستا، فلاح و همکاران نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودجرحی اثربخش است (۲۰). کاشانیان و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت بر همدلی و احساس شادکامی دختران نوجوان با سابقه خودجرحی تأثیر دارد (۲۱). نتایج مطالعات دریکوند و همکاران، آقاعلی طاری و همکاران و دماوندیان و همکاران نیز نشان دهنده تأثیرات درمان متمرکز بر شفقت بر پرخاشگری و بزهکاری، تاب‌آوری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی بود (۲۲-۲۴). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که تقویت عزت‌نفس و انجام یک رفتار منحصر به فرد متقابل که با غلبه بر شرم درونی و خودکنترلی همراه است، هسته اصلی درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد (۲۰). در این درمان، افراد با بهره‌گیری از ذهن‌آگاهی و حل‌مسئله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهند و با نگاه جدید دلسوزانه و غیرقضاوتی نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آسیب نباشد را بازطراحی کنند. این درمان یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی، رفتاری، هیجانی و روان‌شناختی محسوب شده و موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود (۲۱). بعلاوه، خودشفقتی از طریق افزایش عزت‌نفس، خودکنترلی و بهبود روابط اجتماعی،

رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش می‌دهد (۲۲). از طرفی، درمان متمرکز بر شفقت با تأکید بر ذهن‌آگاهی و تمرینات آرام‌سازی و در لحظه‌بودن به افراد کمک می‌کند خشم خود را مشاهده کنند و به‌جای این که به صورت واکنشی و بدون فکر پاسخ دهند، به صورت ذهن‌آگاهانه و به فراخور موقعیت و در صورت نیاز برون‌ریزی کنند. این درمان سبب می‌شود تا افراد از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیش‌تری برخوردار شده و در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساسات‌شان توانمندتر گردند (۲۳). این فرایند سبب می‌شود تا مراجع با بهره‌گیری از خودشفقت‌ورزی بتواند آشفتگی عاطفی کمتری داشته و در زمینه حل تعارضات درون‌فردی و بین‌فردی، سازش بیش‌تری را از خود نشان دهد که این مساله می‌تواند به کاهش پرخاشگری کمک کند. همچنین، این درمان با ایجاد احساس‌های مثبت، احساسات منفی را تعدیل می‌کند و با فعال کردن سیستم امنیت و تسکین باعث می‌شود که افراد با پذیرش و درک بیش‌تری با احساس‌ها، هیجان‌ها و شرایط دشوار زندگی روبه‌رو شوند و بهتر بتوانند پرخاشگری را مدیریت کنند (۲۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی تأثیر داشت و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، یاس‌فرد و همکاران نشان دادند که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیرخودکشی در دختران تأثیر دارد (۲۷). فرهودی و همکاران نیز در پژوهشی، اثربخشی این درمان را بر عزت‌نفس نوجوانان نشان دادند (۲۹). مطالعات اردوغان و دمیر^۱، آکباش^۲ و همکاران و هسو و همکاران نیز، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور را در افزایش

¹ Erdoğan & Demir

² Akbaş

می‌توانند این موقعیت‌های استثنایی را در زندگی خود دوباره خلق کنند (۲۸). در مجموع این درمان به نوجوانان کمک کرد تا با استفاده از منابع درونی خود، برای مشکلاتشان راه‌حلهایی بیابند و با این تصویر که افراد با کفایتی هستند، توانایی برطرف کردن مشکلات فردی و بین‌فردی خود را بدون ابراز پرخاشگری داشته‌باشند (۲۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجراحی تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه بر متغیرهای مورد مطالعه اثربخش هستند. در تبیین یکسان بودن اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجراحی می‌توان گفت 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. افزایش 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 دختر دارای رفتارهای خودجراحی شرکت‌کننده در این پژوهش می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به نوبه خود باعث افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری طی زمان 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. به نظر می‌رسد تکنیک‌ها

عزت‌نفس بیماران مبتلا به اسکیزوفرن و مدیریت خشم نوجوانان، موثر دانستند (۳۲-۳۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت از موارد مهم درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور تأکید بر توانایی‌های اشخاص برای تغییرات و ایجاد انگیزه به‌منظور پیشرفت است. تکنیک‌های این درمان مانند کمبودها در مقابل توانایی‌ها و برجسته کردن توانمندی‌ها و استعدادها به مراجعان کمک می‌کند تا به شناسایی توانایی‌های خود نائل شده و موجب ارزیابی مثبت درباره خود شوند (۲۹). این درمان معتقد است افراد شایستگی‌ها و خلاقیت‌های لازم برای تغییر را در درون خود دارند و تغییر و دگرگونی، امری اجتناب‌ناپذیر بوده و تغییرات سازنده امکان‌پذیر است. لذا در این نوع درمان، به‌جای تمرکز بر زمینه‌های سخت و غیرقابل تغییر، روی مسائلی تمرکز می‌شود که احتمال تغییر در آنها وجود دارد. درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور با شکستن چرخه راه‌حل‌های تکراری به‌کار برده شده توسط نوجوانان و تشویق آنها به پیدا کردن و امتحان راه‌حل‌های جدید به آنها کمک می‌کند تا دریابند مشکل همواره به یک شدت وجود ندارد و تلاش آنها برای ایجاد تغییرات کوچک در نهایت می‌تواند باعث ایجاد تغییرات بزرگ‌تر شود (۲۷). همچنین جلسات درمانی به شیوه راه‌حل‌محور با به‌کارگیری تکنیک‌های تغییر از مشکل‌ها به سمت راه‌حل‌ها باعث شد نوجوانان راهکارهای مفیدی برای معضله‌ها و چالش‌های خود در زندگی بیابند. هنگامی که افراد راه‌حل‌های گوناگونی برای مشکلات پیدا کردند، انگیزه‌ای برای برداشتن گام‌های کوچک جهت فرصت‌هایی در مسیر زندگی خویش به‌دست آورده و آموزش خوش‌بینی آنها را برای برداشتن گام‌های بزرگ امیدوارتر کرد. افراد گروه با کشف و شناسایی استثنائات از الگوی مشکلات خود آگاهی یافتند و در فرایند درمان متوجه شدند که زمان‌هایی استثنایی در زندگی خویش داشته‌اند که این‌گونه دچار سختی نبوده‌اند و یک‌سری رفتارها را از خود بروز داده‌اند که اکنون نشان نمی‌دهند و حالا

و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز بهره گیرند.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور موجب افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی شده‌اند و اثربخشی آن‌ها متفاوت از هم نیست. به نظر می‌رسد این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی کمک کنند تا مشکلات برآمده از خودجرحی را بهتر پذیرش کنند، نسبت به خود، شفقت و مهربانی داشته باشند و برای مشکلات‌شان راه‌حل‌هایی بسازند که این امر سبب افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری در آنها شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه تبریز با کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1402.621 می‌باشد. بدینوسیله از مسئولین محترم آموزش و پرورش، مدیران مدارس و کلیه نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است (۴۴). در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور نیز، 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. با کشف و استخراج استثنائات زندگی، افراد دریافتند همچنان که مشکلات گذشته را سپری کرده‌اند، هم‌اکنون نیز می‌توانند لحظه‌های استثنایی بدون مشکل را در زندگی‌شان دوباره ایجاد نمایند (۴۵). در جلسات درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به شرکت‌کنندگان کمک شد تا خودشان راه‌حل‌های جدیدی را برای مشکلات شخصی و روابط بین‌فردی خود پیدا کنند و با این احساس که خود قادر به کاهش مشکلات‌شان هستند، عزت‌نفس آن‌ها افزایش و پرخاشگری‌شان کاهش پیدا کرد. بنابراین به نظر می‌رسد هرکدام از این درمان‌ها با فنون و فرایندهای خاص خود بر افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودجرحی اثربخش باشند.

نمونه‌های پژوهش حاضر برحسب هر دو جنس 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 به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل بود. لذا، به پژوهشگران محترم پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا کنند.

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;239:118262.
- 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 Neglect*. 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-njurious thoughts and behaviors in youth: progress and challenges. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2020;5(3):354-64.
- 5- Doğru H. Psychopathological differences between self-injurious behaviors and suicide Attempts in adolescents. *The Eurasian Journal of Medicine*. 2023;55(1):37-42.
- 6- Sfeir E, Geara C, Hallit S, Obeid S. Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2020;14:32.
- 7- Teo I, Fronczyk KM, Guindani M, Vannucci M, Ulfers SS, Hanasono MM, et al. Salient body image concerns of patients with cancer undergoing head and neck reconstruction. *Head & Neck*. 2016;38(7):1035-42.
- 8- Ghorbani M, Alipour A, Aliakbari Dehkordi M. The effectiveness of interventions of positive approach on depression, self-esteem, life expectancy and body image of mastectomized women. *Health Psychology*. 2017;6(23):151-67. [persian]
- 9- Hu Y, Cai Y, Wang R, Gan Y, He N. The relationship between self-esteem and aggressive behavior among Chinese adolescents: a moderated chain mediation model. *Frontiers in Psychology*. 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 L, 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(1):124.
- 12- Healy SR, Valente J, Caetano S, Martins S, Sanchez Z. Worldwide school-based psychosocial interventions and their effect on aggression among elementary school children: a systematic review 2010-2019. *Aggression and Violent Behavior*. 2020;55:101486.
- 13- Mahmoudinia S, Sepah-Mansour M, Emamipour S, Hosni F. Comparison of the effectiveness of the aggression alternative training program and the immunization against stress training program on adolescent impulsivity. *Social Psychology Research*. 2018;8(30):1-18. [persian]
- 14- Short MM, Mazmanian D, Oinonen K, Mushquash CJ. Executive function and self-regulation mediate dispositional mindfulness and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2016;93:97-103.
- 15- Denoth F, Biagioni S, Baldini F, Baroni M, Franchini M, Molinaro S. Weight categories among male adolescents linked to risky behaviors: high or low BMI, which is worse? *Adolescents*. 2022;2(1):128-39.
- 16- Bježančević M, Groznica Hrzić I, Dodig-Ćurković K. Self-injury in adolescents: a five-year study of characteristics and trends. *Psychiatria Danubina*. 2019;31(4):413-20.
- 17- Gilbert P, Simos G. *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications*. Routledge; 2022.
- 18- 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;21:1-2.
- 19- Millard L, Wan MW, Smith D, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023;326:168-92.
- 20- Fallah A, Heydari S, Emadian S. 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-njurious behaviors. *Journal of Torbat Heydarieh University of Medical Sciences*. 2023;11(2):99-113. [persian]

- 21- Kashanian F, Khodabakhshi-Koolae 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. *Journal of Pediatric Nursing*. 2023;9(3):40-51. [persian]
- 22- Derikvand F, Yazdanbakhsh K, Karami J. The effectiveness of compassion-focused therapy on externalized problems (aggression and delinquency) in bullying students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2022;23(2):40-51.
- 23- Aghaali Tari S, 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(6):2210-20. [persian]
- 24- Damavandian A, Golshani F, Saffarinia M, Baghdasarians A. Comparing the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Dialectic Behavior Therapy (DBT) on aggression, self-harm behaviors and emotional self-regulation in Juvenile offenders of Tehran Juvenile Correction and Rehabilitation Center. *Social Psychology Research*. 2021;11(41):31-58. [persian]
- 25- Baratiyan A, Salimi A, Moghim F, Shakrami M, Davarniya R. Effect of short-term solution-based treatment on increasing self-esteem of female students. *Journal of Nursing Research*. 2015;11(4):64-57. [persian]
- 26- Asmkhani Akbarinejad H, Zolfalipour Maleki S. *Postmodern/Poststructuralist Theories of Counseling and Psychotherapy*. 1th ed. Tehran: Savalan; 2021. [persian]
- 27- Ysfard G, Abaspour Azar Z, Hosseini Almadani SA. 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. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;7(4):343-58. [persian]
- 28- Bakhshipoor B, Ramezanzadeh S. The effect of solution-focused brief therapy on aggression in children and adolescents. *Journal of Psychological Studies*. 2016;12(3):141-56.
- 29- Farhoodi F, Saeedmanesh M, Mirshahi F. Solution-focused brief group therapy on self-esteem and test anxiety first secondary school female students in Koshkoueeh City. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9(1):20. [persian]
- 30- Erdoğan E, Demir S. The effect of solution focused group psychoeducation applied to schizophrenia patients on self-esteem, perception of subjective recovery and internalized stigmatization. *Issues in Mental Health Nursing*. 2022;43(10):944-54.
- 31- Akbaş E, Çamur Z, Kılınç E. The effect of the solution-focused approach intervention program on anger management and violent behavior in adolescents: a systematic examination. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2022;41:147-66.
- 32- Hsu K-S, Eads R, Lee MY, Wen Z. Solution-focused brief therapy for behavior problems in children and adolescents: a meta-analysis of treatment effectiveness and family involvement. *Children and Youth Services Review*. 2021;120:105620.
- 33- Cory G, Cory MS. *Group Therapy*. (Translated by Seifullah Bahari, Bayramali Ranjgar, Hamid reza Hosseinshahi Baravati, Malek Mirhashimi & Siamak Naghshbandi) Tehran: Ravan; 2017. [persian]
- 34- De Shazer S. *Words Were Originally Magic*. WW Norton & Co; 1994.
- 35- Pritchard M. Does self esteem moderate the relation between gender and weight preoccupation in undergraduates? *Personality and Individual Differences*. 2010;48(2):224-27.
- 36- 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 Scientific Journal*. 2016;15(1):1-8.
- 37- Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992;63(3):452-59.
- 38- Mosalman Z. The effect of cognitive therapy on irrational beliefs, ataxia, aggression of depressed people. *Master's Thesis in General Psychology*. Islamic Azad University of Mashhad; 2016. [persian]

- 39- Salamat A. The effectiveness of behavioral activation therapy on burnout and aggression in diabetic patients. Master's Thesis in General Psychology. Islamic Azad University of Tehran; 2017. [persian]
- 40- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41.
- 41- Baker DA, Caswell HL, Eccles FJ. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2019;90:154-61.
- 42- Morley RM, Terranova VA, Cunningham SN, Kraft G. Self-compassion and predictors of criminality. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2016;25(5):503-17.
- 43- Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*. 2017;57:108-18.
- 44- 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;6:444-54.
- 45- Kim H. Client Growth and Alliance Development in Solution-Focused Brief Family Therapy. State University of New York at Buffalo; 2006.