Journal of Psychological Science
Print ISSN: 1735-7462 Online ISSN: 2676-6639
Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

Comparing the Efficacy of Process-based therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reduction of Clinical Syndrome in Girls with Non Suicidal Self-Injury (NSSI)

Zohreh Abareshi[1], Ali Akbar Saremi[2]✉, Mohammad Rajabi[3]

1. PhD student, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. Email: zohreh.abareshi@iau.ac.ir
2. Assistant Professor, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. Email: saremi@iau.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. Email: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 15 August 2025
Received in revised form 10 June 2026
Accepted 01 August 2026
Published Online 23 October 2026

Keywords:
process-based therapy,
cognitive-behavioral therapy,
non suicidal self-injury,
adolescent girls.

ABSTRACT

Background: In the past few decades, Non-suicidal self-injury (NSSI) has become one of the key health problems in the field of adolescent psychology. So far, cognitive-behavioral therapy has been used as a common treatment to reduce clinical symptoms in people with self-injury, but there is a research gap regarding the efficacy of process-based therapy in reducing clinical symptoms in this group of people and comparing its efficacy with cognitive behavioral therapy.

Aims: The aim of this study was to compare the efficacy of process-based therapy and cognitive-behavioral therapy on clinical symptoms of girls with a history of non-suicidal self-injury.

Methods: The method of this study was a quasi-experimental pretest-posttest design with two experimental groups and a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the study included all adolescent girls aged 13 to 18 with a history of self-injury who referred to the Counseling and Psychological Services Center of the Management Education District 2 Mashhad of Mashhad inthe 2024–2025 academic year., From among them, 45 people were selected using purposive sampling and assigned to two experimental groups (process-based therapy and cognitive-behavioral therapy) and a control group. Research data were also collected using Depression, Anxiety and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995). Also, to analyze the research data, the variance analysis with repeated measurement and the Bonferroni post hoc test and SPSS-27 software were used.

Results: The results showed that both process-based therapy and cognitive-behavioral therapy are effective in reducing clinical symptoms in girls with a history of non-suicidal self-injury ($P<0.01$), but there is no significant difference between these two types of treatment ($P<0.05$). The results of the Bonferroni post hoc test also indicated that the effects of both types of treatment continued during the follow-up period.

Conclusion: Given the efficacy of both types of treatment used in this study (process-based therapy and cognitive-behavioral therapy) in reducing clinical symptoms in girls with a history of non-suicidal self-injury, it is recommended that therapists who deal with this group of adolescents use these treatment methods to treat and prevent self-injury and suicide in adolescents.

Citation: Abareshi, Z., Saremi, A.A., & Rajabi, M. (2026). Comparing the efficacy of process-based therapy and cognitive behavioral therapy on reduction of clinical syndrome in girls with non suicidal self-injury (NSSI). *Journal of Psychological Science*, 25(164), 1-20. 10.66224/jps.25.164.16

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 164, 2026
© The Author(s). **DOI**: 10.66224/jps.25.164.16

✉**Corresponding Author:** Ali Akbar Saremi, Assistant Professor, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. E-mail: saremi@iau.ac.ir, Tel: (+98) 9151135517

Extended Abstract

Introduction

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) is presented as a diagnostic category requiring further research in the DSM-5 (Weiner & Rachel, 2016) and is defined as intentional and self-inflicted damage to body tissues without suicidal intent and for purposes that are not socially or culturally permissible (Apicella et al., 2025). The most common of these behaviors include cutting, burning, scratching, and hitting body parts, with cutting being the most common (Taylor, 2022). This is often done subtly and with sharp objects such as razors, knives, razor blades, glass, and mirrors on the wrists, feet, arms, thighs, and neck. The onset of self-injury is usually in early adolescence and can be the first manifestation of a severe mental illness (Somefun & Odimegwu, 2019). Although non-suicidal self-injury is common among adolescents, it is often a hidden problem, and adolescents with immature minds and unstable emotional control are a high-risk group for non-suicidal self-injury behaviors, and in recent years, the incidence of these behaviors in adolescents has increased significantly (Xiao et al., 2022).

The continued prevalence of non-suicidal self-injury among adolescents highlights the urgent need for effective intervention strategies (Mehreen et al., 2025). Considering the complexities of non-suicidal self-injury behavior and the prominent role of emotional regulation disorders and dysfunctional thoughts in its occurrence, in the present study, two methods of process-based therapy and cognitive-behavioral therapy were used to reduce its clinical symptoms. The goal of process-based therapy is to identify and modify the underlying biological, psychological, and social processes that contribute to psychological problems, such as emotional control, cognitive flexibility, or behavioral regulation (Fraser, & Gregory, 2024). In this therapeutic model, instead of focusing on a specific disorder such as depression or anxiety, the therapist seeks to identify the dynamic patterns and experiences that have led to the emergence of psychological problems in the individual, then uses various therapeutic tools to improve the functioning of these processes (Cheavens et al., 2023).

On the other hand, cognitive-behavioral therapy has always been considered the gold standard for treating non-suicidal self-injury (Peat, 2014). Based on cognitive-behavioral therapy, individuals are encouraged to express better feelings and more appropriate behaviors by identifying and challenging negative automatic thoughts and cognitive distortions, and then restructuring thoughts (McFarlane et al., 2019). One of the most important differences between these two types of treatment is that process-based therapy seeks to personalize treatment based on information about the individual problem network and tailor interventions based on their effective components, while cognitive-behavioral therapy uses diagnosis-based treatment protocols consisting of fixed sets of treatment steps (Hofmann et al., 2020).

Given that non-suicidal self-injury has been increasing steadily in recent decades (Xiao et al., 2022), self-injury in adolescents is also significantly associated with social and emotional disorders (Arqueros et al., 2023), and considering that adolescent girls who engage in self-injury are more likely to be exposed to other risks such as suicide (Rashidi et al., 2023), This study seeks to answer the fundamental question: Is there a difference between the efficacy of process-based therapy and cognitive-behavioral therapy in reducing clinical symptoms in girls with a history of non-suicidal self-injury ? And which type of treatment is more effective?

Method

The method of this study was a quasi-experimental pretest-posttest design with two experimental groups and a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the study included all adolescent girls aged 13 to 18 with a history of self-injury who referred to the Counseling and Psychological Services Center of the Management Education District 2 Mashhad of Mashhad in 2024, From among them, 45 people were selected using purposive sampling and assigned to two experimental groups (process-based therapy and cognitive-behavioral therapy) and a control group. Research data were also collected using the Inventory of

Depression, Anxiety and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995). Also, to analyze the research data, the variance analysis with repeated measurement and the Bonferroni post hoc test and SPSS-27 software were used.

Results

The mean and standard deviation of age in the first experimental group (process-based therapy) were 15.47 and 1.46, respectively, in the second experimental group (cognitive-behavioral therapy) 14.93 and 1.83, and in the control group 15.20 and 1.86. Also, 86.7% of the individuals in the process-based therapy group, 80% in the cognitive-behavioral therapy group, and 80% in the control group had a history of self-injury two or more times. The results of the multivariate analysis test to examine between-group differences in clinical symptoms are presented in Table 1.

Table .۱ Results of multivariate analysis of variance to examine between-group differences in clinical symptoms

Source of changes	Wilks Lambda	F	df	P	η^2	Power
Time	0.04	79.67	10	0.001	0.96	1.00
Group	0.08	19.99	10	0.001	0.71	1.00
Interaction effect of time × group	0.05	11.52	20	0.001	0.78	1.00

As shown in Table 1, the results of the multivariate wilks lambda test for time, group, and the interaction effect of time and group are significant (P<0.001). The results of the variance analysis with repeated measurement comparing the effects of process-based therapy and cognitive-behavioral therapy on clinical symptoms are presented in Table 2.

Table .۲ Results of variance analysis with repeated measurement comparing the effects of independent variables on clinical symptoms

Variables	Effects	Sum of squares	df	Mean squares	F	P	η^2	Test power
depression	Time effect Group effect	195.93	2	97.96	209.92	0.001	0.83	1.00
	Group effect Group effect	118.95	2	59.47	6.61	0.003	0.24	0.89
	Interaction effect of time × group	100.87	4	25.22	54.04	0.001	0.72	1.00
anxiety	Time effect Group effect	172.98	1.33	129.99	33.22	0.001	0.44	1.00
	Group effect Group effect	403.38	2	201.69	5.53	0.007	0.21	0.83
	Interaction effect of time × group	112.31	2.66	42.20	10.78	0.001	0.33	1.00
Stress	Time effect Group effect	204.82	1.53	134.05	87.82	0.001	0.68	1.00
	Group effect Group effect	284.46	2	142.23	4.60	0.016	0.18	0.75
	Interaction effect of time × group	130.56	3.06	42.73	27.99	0.001	0.57	1.00

The results of Table 2 show that there is a significant difference between the three groups of process-based therapy, cognitive-behavioral therapy, and control in the components of depression, anxiety, and stress, and Interpersonal self-injury behaviors and Intrapersonal self-injury behaviors behaviors in terms of time, group, and the interaction effect of time and group (P<0.05).

Also, the results of the Bonferroni post hoc test for pairwise comparisons according to the effect of time by group showed that there was a significant decrease in the means in all clinical symptoms in the process-based therapy and cognitive behavioral therapy groups from pre-test to post-test and follow-up (P<0.05). However, no significant difference was observed from post-test to follow-up (P>0.05). There was also no significant difference in the control group according to the test stages (P>0.05). Finally, the results of the Bonferroni post hoc test for pairwise comparisons according to the group effect at post-test and follow-up also showed that in all clinical symptoms at the post-test stage, there was no significant difference between the two groups of process-based therapy and cognitive-behavioral

therapy (P<0.05). However, there was a significant difference between the effectiveness of the two groups and the control group (P<0.01). At the follow-up stage, there was no significant difference between the two experimental groups (P<0.05), but the difference between these two groups and the control group was statistically significant (P<0.01).

Conclusion

The aim of this study was to compare the efficacy of process-based therapy and cognitive-behavioral therapy on clinical symptoms of girls with a history of non-suicidal self-injury. The results of this study showed that both process-based therapy and cognitive-behavioral therapy were effective in reducing clinical symptoms in girls with a history of non-suicidal self-injury, and the results were maintained in the follow-up phase, but there was no significant difference between the effectiveness of these two types of treatments.

The first finding of this study showed that process-based therapy was effective in reducing clinical symptoms in girls with a history of non-suicidal self-injury. A review of the research literature showed that no research has been conducted to investigate the effectiveness of process-based therapy in reducing clinical symptoms in individuals with a history of non-suicidal self-injury, but this finding is indirectly consistent with the results of the studies by Stangier et al. (2024) and Kasiri et al. (2024). In explaining the findings, it can be said that this type of intervention has used different approaches in order to use all effective techniques. In fact, this emerging approach can flexibly include different techniques and apply any approach. The content section of the therapeutic protocol uses techniques to create a secure attachment between the therapist and the client. The use of these techniques is aimed at creating attachment, and when facing stressful and threatening situations, an emotion-focused coping style is also used, and this style is related to the clients' negative beliefs about their self-efficacy and ability to manage distress. In the process of coping with the threat, these negative beliefs lead to the intensification of negative emotions, rumination, self-criticism, overt display, and catastrophic appraisal of interpersonal conflicts. In contrast, people with avoidant insecure attachment suppress their need for intimacy due to having a positive internal model about themselves and a negative one about others, and the disabling strategies for obtaining support and intimacy, including abandoning threats, preventing thoughts and feelings related to threats, suppressing painful memories, diverting attention from thoughts related to threats, and withdrawing from trying to solve the problem, are strengthened (Aghamohammadi et al., 2023). Disabling strategies include negative core beliefs about important people in life as sources of support, combined with positive beliefs about one's own ability to cope with the threat, and presenting an image of high self-esteem for managing distress. Conscious suppression of turmoil causes unresolved distress and becomes a channel for feelings of violence, loneliness, isolation, and separation from others, and increases self-harm in the individual (Ahmadi marvili et al., 2019). Therefore, addressing this issue by creating secure attachment in affected individuals, in addition to strengthening the relationship between the therapist and the client, prevents them from causing harm to themselves. On the other hand, another important goal in process-oriented therapy sessions is self-esteem building. This self-esteem building is carried out in the form of teaching empathy, compassion, and using self-validation techniques in the clients. Adolescents who self-injure frequently demean themselves, and according to Gilbert (2005) self-compassion theory, lack of self-compassion is associated with self-criticism, depression, anxiety and stress symptoms, difficulty with mindfulness abilities, feelings of security, and self-confidence. Therefore, including a self-compassion training program in the treatment of individuals with self-injuries helps reduce clinical symptoms in them (Jiang et al., 2017).

Another finding of this study showed that cognitive-behavioral therapy was effective in reducing clinical symptoms in girls with a history of non-suicidal self-injury. This finding was consistent with the results of studies by Heidary & Torkan (2023), Mirzaian et al. (2023) and Kaess et al. (2019). In explaining this finding, it can be said that cognitive-behavioral therapy and the skills taught to participants during this type of therapy (especially skills for dealing with

negative thoughts, problem solving, anger and stress control) are able to reduce the intrapersonal (automatic negative reinforcement and automatic positive reinforcement) and interpersonal (social negative reinforcement and social positive reinforcement) functions of self-injurious behaviors in individuals (Heidary & Torkan, 2023). It can also be said that cognitive-behavioral therapy, using multiple techniques and affecting suicidality, depressive symptoms, dysfunctional attitudes, experiential avoidance, emotional regulation, and improving the overall performance of adolescents, can lead to a reduction in self-injury in individuals.

Another finding of this study showed that there is no significant difference between the efficacy of process-based therapy and cognitive-behavioral therapy in reducing clinical symptoms. One explanation for the lack of significance of this difference is in addressing emotions. Since emotional processes play a central role in conceptualizing the etiology of self-injury (Hasking, 2017), they are therefore very important in predicting self-injury. These two interventions (process-based therapy and cognitive-behavioral therapy) have used emotion regulation techniques. Studies show that emotion regulation techniques reduce symptoms of anxiety and depression and improve people's quality of life. The combination of mindfulness techniques and distress tolerance skills has been shown to challenge thought patterns associated with self-injury behaviors and depression (Kothgassner et al., 2021). Given the efficacy of both types of treatment used in this study (process-based therapy and cognitive-behavioral therapy) in reducing clinical symptoms in girls with a history of non-suicidal self-injury, it is recommended that therapists who deal with this group of adolescents use these treatment methods to treat and prevent self-injury and suicide in adolescents.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of Psychology in the Islamic Azad University, Torbat Jam Branch, with ethics code IR.IAU.TJ.REC.1403.038. In this research, ethical considerations such as the preservation of participants' information and the right to withdraw have been observed in the entire research process. Also, all the participants participated in the present research by filling out the consent form and knowingly.

Funding: This research was done in the form of a doctoral thesis without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article served as the main researcher, the second author as the supervisor, and the third author the as advisor.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest are to be declared in this research.

Acknowledgments: We hereby express our gratitude and appreciation for the cooperation of all students participating in this research.

مجله علوم روانشناختی

شاپا چاپی: ۷۴۶۲-۱۷۳۵ شاپا الکترونیکی: ۶۶۳۹-۲۶۷۶

Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

مقایسهٔ اثربخشی درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی

زهره ابارشی[۱]، علی‌اکبر صارمی[۲]✉، محمد رجبی[۳]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. رایانامه: zohreh.abareshi@iau.ac.ir

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. رایانامه: saremi@iau.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. رایانامه: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

مشخصات مقاله

نوع مقاله:
پژوهشی

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۴
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۳/۲۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۰
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:
درمان فرایندمدار،
درمان شناختی - رفتاری،
خودجرحی بدون قصد خودکشی،
دختران نوجوان.

چکیده

زمینه: در چند دههٔ گذشته، خودجرحی بدون قصد خودکشی به یکی از مشکلات کلیدی سلامت در حوزه روان‌شناسی نوجوانان تبدیل شده است. تا کنون از درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان یک درمان رایج برای کاهش علائم بالینی در افراد مبتلا به خودجرحی استفاده شده است، اما در مورد بررسی اثربخشی درمان فرایندمدار بر کاهش علائم بالینی این دسته از افراد و مقایسهٔ اثربخشی آن با درمان شناختی - رفتاری، خلأ پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی بود.

روش: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود.جامعهٔ آماری پژوهش، شامل تمامی دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۸ سال با سابقهٔ خودجرحی مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش‌وپرورش ناحیه دو شهر مشهد در سال تحصیلی۱۴۰۴- ۱۴۰۳ بودکه از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ نفر انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری) و یک گروه گواه گمارش شدند. داده‌های پژوهش نیز با استفاده از مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵) جمع‌آوری شدند. هم‌چنین برای تحلیل داده‌های پژوهش نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-27 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو نوع درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی مؤثر هستند (P<۰/۰۱)، ولی بین دو این دو نوع درمان تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). هم‌چنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نیز حاکی از آن بود که تداوم تأثیر هر دو نوع درمان، در مرحلهٔ پیگیری نیز ادامه داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی هر دو نوع درمان مورد استفاده در این پژوهش (درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری) بر کاهش علایم بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی، پیشنهاد می‌شود درمانگرانی که با این دسته از نوجوانان سر و کار دارند از این شیوه‌های درمانی برای درمان و پیشگیری از خودجرحی و خودکشی در نوجوانان استفاده کنند.

استناد: ابارشی، زهره؛ صارمی، علی‌اکبر؛ و رجبی، محمد (۱۴۰۵). مقایسهٔ اثربخشی درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱ - ۲۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.164.16

© نویسندگان.

✉ **نویسنده مسئول:** علی‌اکبر صارمی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. رایانامه: saremi@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۵۱۱۳۵۵۱۷

مقدمه

نوجوانی[1] که از حدود ۱۱ -۱۲ سالگی شروع شده و معمولا در سن ۲۰ سالگی پایان می‌یابد (بلنکشتاین و هاتل، ۲۰۲۱)، دورهٔ پرتعارض و دشوار زندگی است، فشار و نگرانی در این دوره زیاد است، زیرا نوجوان با تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی زیادی مواجه شده و امور رفتاری، تحصیلی و خانوادگی او با مشکلات و تعارض همراه شده و این عوامل منجر به بروز و تشدید تنش در وی می‌شود (اوربن و همکاران،۲۰۲۰). گاهی این تنش و استرس‌ها در نوجوانان باعث می‌شود آن‌ها به سمت رفتارهای خودآسیب‌رسان[2] کشیده شوند (موگال و همکاران، ۲۰۱۹). رفتارهای خودآسیب‌رسان به میزان زیادی در همه فرهنگ‌ها یافت می‌شود و از شایع‌ترین مشکلات در بین نوجوانان است (یاس‌فرد، ۱۳۹۸).

خودجرحی بدون خودکشی[3] به‌عنوان یک طبقه تشخیصی نیازمند پژوهش‌های بیشتر در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[4] ارائه شده است (وینر و ریچل، ۲۰۱۶) و به‌عنوان آسیب عمدی و خودخواسته به بافت‌های بدن بدون قصد خودکشی و برای اهدافی که از نظر اجتماعی یا فرهنگی مجاز نیستند، تعریف می‌شود (آپیسلا و همکاران، ۲۰۲۵). رایج‌ترین این رفتارها شامل بریدن، سوزاندن، خراشیدن و ضربه زدن به اعضای بدن است، که بریدن شایع‌ترین آن‌ها است (تیلور، ۲۰۲۲). این عمل اغلب با ظرافت و با وسایل برنده مانند تیغ، چاقو، کارد، شیشه و آینه بر روی مچ دست، پاها، بازوان، ران و گردن انجام می‌گیرد. شروع خودجرحی معمولا در اوایل نوجوانی است و می‌تواند اولین تظاهر یک بیماری روانی شدید باشد (سومفان و اودیمجو، ۲۰۱۹). اگر چه خودجرحی بدون خودکشی در بین نوجوانان شایع است، اما اغلب یک مشکل پنهان است و نوجوانانی که ذهن نابالغ و کنترل هیجانی ناپایداری دارند، گروه پرخطری برای رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی هستند و در سال‌های اخیر، بروز این رفتارها در نوجوانان به طور قابل توجهی افزایش یافته است (شیائو و همکاران، ۲۰۲۲). برای مثال، در یک مطالعه در چین (تانگ و همکاران، ۲۰۱۸)، ۲۹ درصد و در مطالعهٔ دیگری در ۱۱ ایالت از آمریکا (مونتو و همکاران، ۲۰۱۸) ۶/۴ تا ۳۰/۸ درصد از نوجوانان، حداقل یک بار خودجرحی خودخواسته بدون قصد خودکشی را گزارش کردند. در ایران نیز، بر اساس گزارش مروری ایزکیان و همکاران (۱۳۹۷) شیوع خودجرحی بدون خودکشی در بین دانش‌آموزان از ۴/۲ تا ۲۶/۸ درصد متفاوت بود.

در سال‌های اخیر، حجم مطالعات در مورد خودجرحی بدون خودکشی به سرعت افزایش یافته است (براون و پلنر، ۲۰۱۷). در این راستا، متاآنالیز شیائو و همکاران (۲۰۲۲)، ۶۲ پژوهش که در مجموع ۲۶۴/۶۳۸ نوجوان را از نظر شیوع کلی خودجرحی غیرخودکشی بررسی کرده بودند، مرور کرد. نتایج نشان داد که بیشترین نوع خودجرحی بدون خودکشی مربوط به کوبیدن و ضربه زدن (۸/۹ – ۱۵/۹ درصد)، نیشگون گرفتن (۶/۷-۱۴/۶درصد) و کشیدن موها (۸/۳- ۱۱/۵ درصد) بود و کم‌ترین نوع شایع آن مربوط به خوردن دارو، مواد سمی و مواد شیمیایی (۲-۵/۲ درصد) بود. انگیزه و هدف احتمالی رفتار خودجرحی در نوجوانان ممکن است از بین بردن مشکلات زندگی، رهایی از فشار یا کنترل احساسات باشد (هولی و همکاران، ۲۰۲۰). رفتار خودجرحی، اغلب خطر بالای آسیب فردی و تکرار را به همراه دارد که می‌تواند وقوع رفتار خودکشی را افزایش داده و سلامت جسمانی و روانی نوجوانان را به طور جدی به خطر بیندازد (پلنر و همکاران، ۲۰۱۸؛ رابینسون و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد بسیاری نشان می‌دهد که اگرچه نوجوانان در دوران بلوغ از نظر جسمانی بالغ هستند، اما هنوز به بلوغ روانی نرسیده‌اند، سطوح بالاتری از تکانش‌گری دارند و ممکن است در تنظیم هیجانات منفی مشکل داشته باشند و مستعد ابتلا به رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی باشند (فایفر و آلن، ۲۰۲۱). علاوه بر این، خودجرحی بدون خودکشی در دوران نوجوانی می‌تواند عواقب رشدی طولانی‌مدت و گسترده‌ای داشته باشد که به صورت اضطراب، افسردگی و رفتارهای خودکشی در مراحل بعدی زندگی و همچنین افزایش بار بر جامعه و خانواده‌ها بروز می‌کند (گلباس و همکاران، ۲۰۱۵). به راحتی می‌توان دریافت که خودجرحی بدون خودکشی در دههٔ گذشته به یکی از مشکلات کلیدی سلامت در حوزه روان‌شناسی نوجوانان تبدیل شده است. با این حال، ویژگی‌های همه‌گیری و عوامل مؤثر بر خودجرحی

1. adolescence
2. self-harming behaviors
3. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

بدون خودکشی در مناطق مختلف جهان کاملاً متفاوت است (شیائو و همکاران، ۲۰۲۲).

در بررسی علل رفتارهای خودجرحی بدون قصد خودکشی، چن و چان (۲۰۱۹) معتقدند نوجوانانی که در ابراز هیجانات و احساسات خود مشکل دارند، ممکن است خلق و خوی افسرده‌ای را نشان دهند که با خودجرحی و خودزنی تکانشی و تحریک‌پذیر مشخص می‌شود. در این راستا، مطالعات همه‌گیرشناسی نیز نشان می‌دهد که دانش‌آموزان دبیرستانی با رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی، اغلب هیجانات منفی جدی دارند و فاقد فعالیت‌های شناختی مثبت هستند. عوامل دیگری نیز ممکن است احتمال خودجرحی را در نوجوانان افزایش دهند. برای مثال، فشار همسالان ممکن است نوجوانان را به سمت خودزنی سوق دهد تا حس هویت و موفقیت را به دست آورند (بورک و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، تکانش‌گری، به ویژه فوریت منفی - تمایل به عمل تکانشی در پاسخ به احساسات منفی - نیز به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کنندهٔ مهم و مستقل رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی، شناسایی شده است (کاسلز و همکاران، ۲۰۲۲).

شیوع مداوم خودجرحی بدون قصد خودکشی در بین نوجوانان، نیاز فوری به راهبردهای مداخله‌ای مؤثر را برجسته می‌کند (مهرین و همکاران، ۲۰۲۵). با توجه به پیچیدگی‌های رفتار خودجرحی بدون قصد خودکشی و نقش برجستهٔ اختلال در تنظیم هیجانات و افکار ناکارآمد در بروز آن، در پژوهش حاضر از دو روش درمان فرایندمدار[1] و درمان شناختی - رفتاری[2] برای کاهش علائم بالینی آن استفاده شد. هدف درمان فرایندمدار، شناسایی و اصلاح فرایندهای بنیادین زیستی، روانی، اجتماعی است که در مشکلات روانی مانند کنترل هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی یا تنظیم رفتار نقش دارند (فراسر و گریگوری، ۲۰۲۴). در این مدل درمانی، درمانگر به جای تمرکز بر یک اختلال خاص مانند افسردگی یا اضطراب، به دنبال شناسایی الگوهای پویا و تجربه‌هایی است که منجر به بروز مشکلات روانی در فرد شده است، سپس از ابزارهای مختلف درمانی برای بهبود عملکرد این فرایندها استفاده می‌کند (چیونز و همکاران، ۲۰۲۳). در مورد اثربخشی درمان فرایندمدار، مطالعات اندکی وجود دارد. برای مثال می‌توان به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فرایند بر افسردگی زنان مبتلا به کم خونی ناشی از فقر آهن دارای اختلال اضطراب فراگیر (کثیری و همکاران، ۱۴۰۲) و درمان فرآیندمدار برای اختلالات خلقی و اضطرابی صعب‌العلاج در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده (استنگیر و همکاران، ۲۰۲۴) اشاره کرد.

ازسوی‌دیگر، درمان شناختی - رفتاری همواره به‌عنوان یک استاندارد طلایی برای درمان خودجرحی بدون قصد خودکشی در نظر گرفته شده است (پیت، ۲۰۱۴). بر اساس درمان شناختی - رفتاری، افراد ترغیب می‌شوند تا با شناسایی افکار خودآیند منفی و تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتر و رفتارهای مناسب تری از خود بروز دهند (مک فارلن و همکاران، ۲۰۱۹). در این رویکرد درمانی، تفکر تحریف شده که به رفتار ناکارآمد منجر می‌شود را می‌توان با استفاده از فنون شناختی و تکالیف رفتاری سازمان یافته تغییر داد (پیترز و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات مختلف (حیدری و ترکان، ۱۴۰۲؛ میرزائیان و همکاران، ۱۴۰۲؛ کیس و همکاران، ۲۰۱۹)، درمان شناختی - رفتاری را بر کاهش علائم خودجرحی بدون قصد خودکشی مؤثر یافتند. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های این دو نوع درمان این است که درمان فرایندمدار، به دنبال شخصی‌سازی درمان بر اساس اطلاعات مربوط به شبکه فردی مشکل و تطبیق مداخلات بر اساس اجزای مؤثر آن‌ها است، در حالی که درمان شناختی - رفتاری از پروتکل‌های درمانی مبتنی بر تشخیص‌ها، متشکل از مجموعه‌های ثابتی از گام‌های درمانی، استفاده می‌کند (هافمن و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به این که خودجرحی بدون خودکشی، در چند دههٔ اخیر به طور روزافزونی در حال افزایش بوده است (شیائو و همکاران، ۲۰۲۲)، هم‌چنین خودجرحی در نوجوانان به طور قابل توجهی با اختلالات اجتماعی و عاطفی مرتبط است (آرکروس و همکاران، ۲۰۲۳) و با در نظر داشتن این مهم که دختران نوجوان درگیر در خودجرحی، به احتمال بیشتری در معرض دیگر خطرات نظیر خودکشی (رشیدی و همکاران، ۱۴۰۱) قرار می‌گیرند، این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که بین اثربخشی درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشانگان بالینی در دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی، تفاوت وجود دارد؟ و کدام نوع درمان، اثربخشی بیشتری دارد؟

[1]. process-based therapy (PBT)

[2]. cognitive behavioural therapy (CBT)

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۸ سال با سابقهٔ خودجرحی مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش‌وپرورش ناحیه دو شهر مشهد در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳بود. با توجه به این که طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود و حجم نمونه ۱۵ نفر در هر گروه انتخاب شد و بنابراین، ۴۵ نفر از دختران نوجوان جامعهٔ آماری انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری) و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل قرار داشتن در دامنهٔ سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، سکونت در شهر مشهد، تکمیل فرم رضایت کتبی آگاهانه جهت شرکت در فرایند پژوهش، تشخیص اختلال خودجرحی بدون قصد خودکشی بر اساس ملاک‌های V-DSM و مصاحبهٔ تخصصی برای بررسی سابقه اختلال خودجرحی (توسط روان‌شناس بالینی مرکز مشاوره) بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرایند جلسات درمانی، اقدام به خودکشی و نارضایتی از ادامهٔ حضور در فرایند پژوهش بود.

ب) ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)[1]: این ابزار با ۴۲ ماده، یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که توسط لویباند و لویباند (۱۹۹۵) ساخته شد و افسردگی، اضطراب و استرس را اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسش‌نامه از فرد خواسته می‌شود حالات خود طی هفته گذشته را بر اساس جملات ذکر شده در پرسش‌نامه در چهارطبقه در نظر گرفته شده علامت بزند. به دلیل ضعف‌های موجود در DASS-42 پژوهشگران تلاش کردند تا مقیاسی ایجاد کنند که گویه‌های ضعیف را در بر نداشته باشد و هم‌چنین کوتاه تر از فرم قبلی باشد در نتیجه فرم‌های کوتاه‌تری از DASS-42 پدید آمد که مشکل یاد شده را نداشت. در این راستا، آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) آزمون DASS-21 را تهیه کردند که دارای ۲۱ سؤال بود و هم‌چنین شامل هر سه خرده مقیاس فرم قبلی بوده و هر خرده مقیاس دارای ۷ گویه بود. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت از ۰ برای (اصلا) تا ۳ برای (خیلی زیاد) انجام می‌شود. گویه‌های مربوط به سنجش خرده مقیاس اضطراب شامل سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰ است. خرده مقیاس افسردگی با سؤالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱ و خرده مقیاس استرس نیز با پاسخ به سؤالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ سنجیده می‌شود. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجددا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس بود. نتایج مطالعهٔ آنان نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار گرفت.

می‌گیرد. ارزش ویژهٔ عوامل فشار روانی، افسردگی و اضطراب در این پژوهش به ترتیب، ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. هنری و کرافورد (۲۰۰۵) نیز فرم کوتاه این مقیاس (DASS-21) را به لحاظ اعتبار سازه مورد مطالعه قرار دادند که ضریب پایایی این عوامل را به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش نمودند. در ایران نیز، صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) اعتباریابی مقیاس DASS-21 را برای جمعیت ایرانی انجام دادند. قابلیت اعتماد این مقیاس از طریق همسانی درونی و اعتبار آن با استفاده از تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت. در کل در مطالعهٔ مذکور، ضرایب پایایی و اعتبار به دست آمده بسیار رضایت‌بخش و معنادار بود و پایایی خرده مقیاس‌ها نیز با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۹ و استرس ۰/۷۸ محاسبه شد.

ج) روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی (واحد تربت جام) در سال تحصیلی ۱۴۰۳، با مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش‌وپرورش ناحیه دو شهر مشهد هماهنگی لازم به عمل آمد و بر اساس نمونه‌گیری هدفمند (بر اساس ملاک‌های ورودی) از بین دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۸ سال با سابقهٔ خودجرحی مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش‌وپرورش ناحیه دو شهر مشهد، ۴۵ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان فرایندمدار و درمان شناختی رفتاری) و گروه گواه قرار گرفتند (در هر گروه، ۱۵ نفر). در ادامه، پیش‌آزمون (مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس) برای هر سه گروه

[1]. Depression, Anxiety and Stress Scales

برگزار شد. سپس برای گروه آزمایش اول، درمان فرایندمدار (آقامحمدی و همکاران، ۱۴۰۱) در ۴ مرحله و ۱۴ گام برگزار شد (هر گام در یک جلسهٔ هفتگی و هر جلسه ۴۵ دقیقه) و برای گروه آزمایش دوم نیز درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر درمان خود جرحی بر اساس پروتکل تایلور و همکاران (۲۰۲۳) اجرا شد که شامل ۴ مرحله، ۱۵ جلسه و ۳۶ حوزه بود (جلسات هفتگی و هر جلسه ۴۵ دقیقه). لازم به ذکر است که اعضای گروه گواه، هیچ‌گونه مداخلهٔ درمانی دریافت نکردند. بلافاصله پس از برگزاری جلسات درمانی، پس‌آزمون برای هر سه گروه و در نهایت بعد از دو ماه در مرحلهٔ پیگیری، ابزارهای پژوهش برای تمامی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه اجرا شد. لازم به ذکر است، داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش حاضر با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-27 تجزیه و تحلیل شدند. خلاصهٔ جلسات پروتکل درمان فرایندمدار (آقامحمدی و همکاران، ۱۴۰۱) در جدول ۱ و پروتکل درمان شناختی - رفتاری (تایلور و همکاران، ۲۰۲۳) نیز در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمان فرایندمدار (آقامحمدی و همکاران، ۱۴۰۲).

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه
۱	ارتباط درمانی و ارزیابی خطر خودکشی	به کارگیری فنون ایجاد دلبستگی ایمن در راستای تحکیم روابط، بررسی و بازنگری فرایند انعطاف‌پذیری روان شناختی و ارزیابی خطر خودکشی
۲	ارزیابی و تشخیص	ارزیابی اختلال بر طبق فرم ارزیابی مندرج در پیوست بستهٔ درمانی
۳	مفهوم پردازی و آموزش روانی اختلال	مفهوم‌پردازی اختلال در اعضا، آموزش روانی در مورد مدل با مدل‌های تبیین خود جرحی
۴	اعتبار بخشی درد و هیجانات ناخوشایند	اعتباربخشی درد به کمک فنون اعتبار بخشی لیهی، لینهان و جانسون
۵	خودارزنده سازی	همدلی مبتنی بر درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی - رفتاری فرایند مدار
۶	خودآرام بخشی مراقبت از کودک آسیب پذیر	والدگری مجدد حد و مرز دار مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی، تحمل پریشانی مبتنی بر رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن‌آگاهی مطابق مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی
۷	پرورش معنا	مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌ها و فضایل" مبتنی بر طرحواره درمانی هیجان مدار و پرورش معنا" به کمک فنون معنادرمانی
۸	مهارت خودآگاهی	خودآگاهی" مبتنی بر بستهٔ مهارت‌های زندگی،
۹	ارتباط موثر	ارتباط مؤثر مبتنی بر بستهٔ مهارت‌های زندگی
۱۰	مهارت‌های بین فردی	بهبود مهارت‌های بین‌فردی مبتنی بر درمان رفتاری فرایند مدار
۱۱	خود نظم بخشی	خودمدیریتی" مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری فرایند مدار، "تنظیم هیجان" مبتنی بر درمان‌های شناختی - رفتاری
۱۲	مهارت حل مسئله	حل مسئله مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری فرایندمدار و مهارت‌های زندگی
۱۳	پیشگیری از رفتار خودآسیبی	طراحی دفترچه تدوین مراحل طی شده در درمان و برنامه مراقبتی، اطلاع یافتن از اورژانس‌های روان‌شناختی برای مواقع ضروری، آموزش روانی دیگر مدل‌های خودزنی جهت پیش‌گیری از بروز نابهنگام
۱۴	کنار آمدن با عود	آموزش فنون پذیرش خود برای برخورد مشفقانه با خود در صورت ارتکاب مجدد

جدول ۲. خلاصه جلسات پروتکل درمان شناخی - رفتاری (تیلور و همکاران، ۲۰۲۳).

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه
۱	شناخت خودجرحی بدون قصد خودکشی	آموزش روانی در مورد چیستی و کارکردهای خودجرحی در درمان شناختی - رفتاری، ارزیابی خطر خودکشی و برنامه‌ریزی امنیت
۲	شناخت ارزش‌ها، نقاط قوت و اهداف	بررسی نقاط قوت، فرمول بندی شروع درمان، ارزش‌ها و اهداف
۳	آمادگی برای تغییر	بررسی آمادگی برای تغییرات
۴	شناسایی هیجانات	شناخت هیجانات و کارکرد هر یک از آن‌ها
۵	رابطهٔ بین احساسات، افکار و رفتارها	مرور روزانه هیجانات و برنامه ریزی فعالیت، معرفی مثلث فکر و احساس و رفتار و توضیح در مورد باورهای خودآیند منفی

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه
۶	چگونگی مقابله با افکار	معرفی تحریف‌های شناختی، چالش با افکار و ثبت افکار، راهبردهای مقابله با افکار خودآیند منفی و شناخت افکار خودانتقادگر
۷	باورهای بنیادین و قواعد زندگی	بررسی باورهای بنیادین و قواعد زندگی
۸	فرمول بندی	فرمول‌بندی سفر زندگی با شناخت افکار، احساسات و رفتارها
۹	رسم درخت راهبردهای مقابله‌ای	مرور فرمول‌بندی و توضیح و رسم درخت راهبردهای مقابله‌ای
۱۰	شناخت و مدیریت ترس و پریشانی	مواجهه با موقعیت‌های واقعی، آموزش روانی در مورد موقعیت جنگ و گریز، راهبردهای شناختی اضطراب
۱۱	ذهن آگاه بودن	ذهن آگاه بودن، معرفی ذهن‌آگاهی، موج‌سواری بر میل و وسوسه، خودآرام بخشی و تن‌آرامی
۱۲	مدیریت هیجانات	مدیریت هیجانات و ذهن آگاهی، مدیریت خشم
۱۳	مدیریت روابط	آموزش جرات مندی
۱۴	مدیریت ناامیدی	مدیریت ناامیدی شناسایی افکار و احساسات و رفتارهای ناامیدی، تعیین حوزه‌های کنترل و تسلط در زندگی
۱۵	اختتام درمان	مرور اهداف/ شناخت ماشه چکان و راه‌اندازهای خودجرحی/ بازبینی زندگی بر اساس ارزش‌ها

یافته¬ها

در مجموع در مطالعهٔ حاضر، ۴۵ نفر از دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۸ سال با سابقهٔ خودجرحی مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش‌وپرورش ناحیه دو شهر مشهد مشارکت کردند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش اول (درمان فرایندمدار) به ترتیب ۱۵/۴۷ و ۱/۴۶، در گروه آزمایش دوم (درمان شناختی - رفتاری) ۱۴/۹۳ و ۱/۸۳ و در گروه گواه نیز ۱۵/۲۰ و ۱/۸۶ بود. در گروه درمان فرایندمدار ۸۶/۷ درصد، درمان شناختی - رفتاری ۹۳/۳ درصد و گواه ۸۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان، بیماری جسمانی خاص نداشتند. در گروه درمان فرایندمدار ۸۶/۷ درصد، گروه درمان شناختی - رفتاری ۸۰ درصد و گواه ۸۰ درصد از افراد، دو یا چند مرتبه سابقهٔ خودجرحی داشتند. هم‌چنین، در گروه درمان فرایندمدار ۵۳/۳ درصد، در گروه درمان شناختی - رفتاری ۲۶/۷ درصد و در گروه گواه ۳۳/۳ درصد از خانواده‌ها دارای سه فرزند یا بیشتر بودند. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که در گروه درمان فرایندمدار ۴۶/۷ درصد، درمان شناختی - رفتاری ۴۰ درصد و گروه گواه ۳۳/۳ درصد، فرزند اول خانواده بودند. علاوه بر این، در گروه درمان فرایندمدار ۶۶/۷ درصد، درمان شناختی - رفتاری ۷۳/۳ درصد و گروه گواه ۷۳/۳ درصد از اعضا، پدران با تحصیلات دیپلم و کمتر داشتند. در نهایت این که در گروه درمان فرایندمدار ۸۶/۷ درصد، درمان شناختی - رفتاری ۸۰ درصد و گروه گواه نیز ۶۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان، مادران با تحصیلات دیپلم یا کمتر داشتند. شاخص‌های توصیفی نشانگان بالینی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳. شاخص‌های توصیفی نشانگان بالینی متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	درمان فرایندمدار	۱۶/۶۰	۲/۰۳	۱۲/۸۷	۱/۷۷	۱۲/۸۷	۱/۶۸
	درمان شناختی - رفتاری	۱۶/۸۷	۱/۷۷	۱۲/۸۶	۱/۸۸	۱۲/۹۳	۱/۷۱
	گواه	۱۶/۱۳	۱/۹۶	۱۶/۲۰	۱/۷۴	۱۶/۱۳	۱/۸۱
اضطراب	درمان فرایندمدار	۱۳/۲۰	۳/۳۴	۹/۷۳	۳/۶۷	۹/۰۰	۳/۸۹
	درمان شناختی - رفتاری	۱۳/۰۰	۳/۹۶	۹/۰۷	۳/۷۳	۹/۷۳	۳/۶۵
	گواه	۱۴/۱۳	۳/۸۷	۱۴/۲۰	۳/۹۱	۱۴/۵۳	۳/۴۶
استرس	درمان فرایندمدار	۱۵/۱۳	۳/۲۵	۱۱/۶۰	۳/۱۱	۱۱/۰۷	۳/۳۷
	درمان شناختی - رفتاری	۱۵/۶۰	۳/۵۲	۱۱/۲۰	۳/۶۹	۱۱/۳۳	۳/۳۱
	گواه	۱۵/۵۳	۳/۲۵	۱۵/۸۰	۳/۰۴	۱۵/۸۷	۳/۴۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در نمرات نشانگان بالینی، شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش (درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری) نسبت به شرکت‌کنندگان گروه گواه، میانگین کمتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر دو گروه درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری، میانگین نمرات از مرحلهٔ پیش‌آزمون به مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش داشته است، اما از مرحلهٔ پس‌آزمون به مرحلهٔ پیگیری، تغییر چشمگیری در میانگین‌ها ایجاد نشده است. در ادامه مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت. از آنجایی که در هر گروه، تعداد نفرات کمتر از ۵۰ نفر بودند از آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. در بررسی مفروضه نرمال بودن، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها، نرمال است (P> ۰/۰۵). جهت بررسی پیش فرض همگنی خطای واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از تحقق مفروضه همگنی واریانس‌ها در تمامی مراحل آزمون بود (P> ۰/۰۵). همچنین جهت بررسی مفروضهٔ همگنی ماتریس‌های واریانس از آزمون ام. باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام. باکس نیز نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس محقق شده است (P> ۰/۰۵). در نهایت، نتایج آزمون موچلی نیز نشان داد که در خرده مقیاس‌های اضطراب و استرس مفروضهٔ کرویت محقق نشده است (P< ۰/۰۱) و باید از اصلاح اپسیلن جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی استفاده شود. نتایج آزمون چندمتغیره بودن برای بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در نشانگان بالینی در جدول ۴ آمده است.

جدول٤. نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در نشانگان بالینی

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	سطح‌معناداری	مجذوراتای‌سهمی
آزمون	۰/۰۵	۱۲۱/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵
عضویت گروهی	۰/۴۶	۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳
آزمون× عضویت گروهی	۰/۰۷	۱۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳

نشان می‌دهد که آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار است (P<۰/۰۰۱). نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای نشانگان بالینی در جدول ۵ آمده است.

جدول۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر نشانگان بالینی

متغیرها	اثرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	η^2	توان آزمون
افسردگی	اثر زمان	۱۹۵/۹۳	۲	۹۷/۹۶	۲۰۹/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
	اثر گروه	۱۱۸/۹۵	۲	۵۹/۴۷	۶/۶۱	۰/۰۰۳	۰/۲۴	۰/۸۹
	اثرتعاملی زمان× گروه	۱۰۰/۸۷	۴	۲۵/۲۲	۵۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
اضطراب	اثر زمان	۱۷۲/۹۸	۱/۳۳	۱۲۹/۹۹	۳۳/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	اثر گروه	۴۰۳/۳۸	۲	۲۰۱/۶۹	۵/۵۳	۰/۰۰۷	۰/۲۱	۰/۸۳
	اثرتعاملی زمان× گروه	۱۱۲/۳۱	۲/۶۶	۴۲/۲۰	۱۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
استرس	اثر زمان	۲۰۴/۸۲	۱/۵۳	۱۳۴/۰۵	۸۷/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	اثر گروه	۲۸۴/۴۶	۲	۱۴۲/۲۳	۴/۶۰	۰/۰۱۶	۰/۱۸	۰/۷۵
	اثرتعاملی زمان× گروه	۱۳۰/۵۶	۳/۰۶	۴۲/۷۳	۲۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین سه گروه درمان فرایندمدار، درمان شناختی - رفتاری و گواه در مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس بر حسب زمان، گروه و اثرتعاملی زمان و گروه تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). در ادامه، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی برحسب اثر زمان به تفکیک گروه‌ها در جدول ۶ آورده شده است.

جدول۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی برحسب اثر زمان به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون - پس‌آزمون			پیش‌آزمون - پیگیری			پس‌آزمون - پیگیری		
		اختلاف	خطای‌معیار	P	اختلاف	خطای‌معیار	P	اختلاف	خطای‌معیار	P
افسردگی	درمان فرایندمدار	۳/۷۳	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۳/۷۳	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۹۹
	درمان شناختی - رفتاری	۴/۰۰	۰/۱۰	۰/۰۰۱	۳/۹۳	۰/۱۸	۰/۰۰۱	-۰/۰۷	۰/۲۵	۰/۹۹
	گواه	-۰/۰۷	۰/۳۷	۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۱۰	۰/۹۹	۰/۰۷	۰/۳۷	۰/۹۹
اضطراب	درمان فرایندمدار	۳/۴۷	۱/۰۱	۰/۰۱۲	۴/۲۰	۱/۰۴	۰/۰۰۴	۰/۷۳	۰/۳۰	۰/۰۹
	درمان شناختی - رفتاری	۳/۹۳	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۳/۲۷	۰/۴۷	۰/۰۰۱	-۰/۶۷	۰/۳۷	۰/۲۹
	گواه	-۰/۰۷	۰/۳۷	۰/۹۹	-۰/۴۰	۰/۳۴	۰/۷۶	-۰/۳۳	۰/۲۷	۰/۷۱
استرس	درمان فرایندمدار	۳/۵۳	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۴/۰۷	۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۲۷	۰/۲۲
	درمان شناختی - رفتاری	۴/۴۰	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۴/۲۷	۰/۴۵	۰/۰۰۱	-۰/۱۳	۰/۴۱	۰/۹۹
	گواه	-۰/۲۷	۰/۳۵	۰/۹۹	-۰/۳۳	۰/۳۲	۰/۹۴	-۰/۰۷	۰/۱۵	۰/۹۹

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در تمامی نشانگان بالینی در گروه‌های درمان فرایندمدار و درمان شناختی رفتاری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری در میانگین‌ها ایجاد شده است (P<۰/۰۵). اما از پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود (P>۰/۰۵). درگروه گواه نیز برحسب مراحل آزمون، تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی برحسب اثر گروه به تفکیک برای پس‌آزمون و پیگیری نیز در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی برحسب اثر گروه در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	زمان	درمان فرایندمدار - درمان شناختی			درمان فرایندمدار - گواه			درمان شناختی رفتاری - گواه		
		اختلاف میانگین	خطای‌معیار	P	اختلاف میانگین	خطای‌معیار	P	اختلاف میانگین	خطای‌معیار	P
افسردگی	پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۹۹	-۳/۳۳	۰/۶۶	۰/۰۰۱	-۳/۳۲	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۰۷	۰/۶۳	۰/۹۹	-۳/۲۷	۰/۶۳	۰/۰۰۱	-۳/۲۰	۰/۶۳	۰/۰۰۱
اضطراب	پس‌آزمون	۰/۶۷	۱/۳۸	۰/۹۹	-۴/۴۷	۱/۳۸	۰/۰۰۷	-۵/۱۳	۱/۳۸	۰/۰۰۲
	پیگیری	-۰/۷۳	۱/۳۴	۰/۹۹	-۵/۵۳	۱/۳۴	۰/۰۰۱	-۴/۸۰	۱/۳۴	۰/۰۰۳
استرس	پس‌آزمون	۰/۴۰	۱/۲۰	۰/۹۹	-۴/۲۰	۱/۲۰	۰/۰۰۳	-۴/۶۰	۱/۲۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۲۷	۱/۲۳	۰/۹۹	-۴/۸۰	۱/۲۳	۰/۰۰۱	-۴/۵۳	۱/۲۳	۰/۰۰۲

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که در تمامی نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب، استرس در مرحلهٔ پس‌آزمون بین دو گروه درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). اما بین اثربخشی دو گروه با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه آزمایش، تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما تفاوت این دو گروه با گروه گواه از نظر آماری، معنادار است (P<۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسهٔ اثربخشی درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو نوع درمان فرایندمدار و شناختی - رفتاری بر کاهش نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی اثربخش بوده و نتایج در مرحلهٔ پیگیری نیز حفظ شد، اما بین اثربخشی این دو نوع درمان، تفاوت معناداری وجود ندارد.

اولین یافتهٔ این پژوهش نشان داد که درمان فرایندمدار بر کاهش نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی مؤثر بود. مرور پیشینه پژوهشی نشان داد، در مورد بررسی اثربخشی درمان فرایندمدار بر کاهش نشانگان بالینی افراد با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی، پژوهشی انجام نشده است، اما این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات

استنگیر و همکاران (۲۰۲۴) و کثیری و همکاران (۱۴۰۲) همسو است. در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که این نوع مداخله به منظور استفاده از تمامی فنون مؤثر، از رویکردهای مختلف استفاده کرده است. در واقع این رویکرد نوظهور می‌تواند به صورت منعطف دربرگیرندهٔ فنون مختلف و کاربردی از هر رویکردی باشد. در بخش محتوایی پروتکل درمانی از فنون ایجاد دلبستگی ایمن بین درمانگر و مراجع استفاده شده است. به کارگیری این فنون در راستای ایجاد دلبستگی می‌باشد و به هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا و تهدیدکننده، هم‌چنین از شیوه مقابلهٔ هیجان - مدار استفاده می‌شود و این شیوه با باورهای منفی مراجعان دربارهٔ خودکارآمدی و توانایی خود در مدیریت پریشانی ارتباط دارد. در فرایند مقابله با تهدید، این باورهای منفی موجب شدت بخشیدن به هیجانات منفی، نشخوار ذهنی، خودانتقادی، نمایش آشکار و ارزیابی فاجعه‌آمیز از کشمکش‌های بین فردی می‌شود. در مقابل، افراد دارای دلبستگی ناایمن اجتنابی نیز به دلیل داشتن الگوی درونی مثبت دربارهٔ خود و منفی نسبت به دیگران نیاز خود برای کسب صمیمیت را سرکوب کرده و راهبردهای غیرفعال کننده کسب حمایت وصمیمیت شامل کنار گذاشتن تهدیدات، جلوگیری از افکار و احساسات مربوط به تهدید، سرکوب خاطرات دردناک، منحرف کردن توجه از افکار وابسته به تهدید و کناره‌گیری از تلاش برای حل مسئله تقویت می‌شوند (آقامحمدی و همکاران، ۱۴۰۱). در راهبردهای غیرفعال کننده شامل باورهای مرکزی منفی دربارهٔ افراد مهم زندگی به‌عنوان منبع حمایتی است که با باورهای مثبت درباره توانمندی خود برای مقابله با تهدید ترکیب شده و تصویری از عزت نفس بالا برای مدیریت پریشانی از خود به نمایش می‌گذارد. سرکوب آگاهانه آشفتگی، سبب پریشانی‌های حل نشده و کانالی برای ورود به احساس خشونت، تنهایی، انزوا و جدایی از دیگران می‌شود و خودجرحی در فرد بیشتر می شود (احمدی مرویلی و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین پرداختن به این مسئله با ایجاد دلبستگی ایمن در افراد مبتلا، علاوه بر تحکیم ارتباط بین درمانگر و مراجع آن‌ها را از ایجاد آسیب به خود بر حذر می‌دارد. ازسوی‌دیگر، یکی دیگر از اهداف مهم در جلسات درمان فرایندمدار، خودارزنده سازی است. این خودارزنده سازی در قالب آموزش همدلی، شفقت‌ورزی و به کارگیری فنون خوداعتبار بخشی در مراجع انجام می‌شود. نوجوانی که خودجرحی دارد، به طور مکرر خود را تحقیر کرده و بر اساس نظریهٔ شفقت خود گیلبرت (۲۰۰۵) عدم وجود شفقت به خود، با خودانتقادی، افسردگی، علایم اضطراب و استرس، مشکل در توانایی های ذهن‌آگاهی، احساس امنیت و خوداطمینان بخشی، رابطه دارد. از این رو، گنجاندن برنامهٔ آموزش خودشفقتی در درمان افراد مبتلا به خودجرحی به کاهش علایم بالینی در آنان کمک می‌کند (جیانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

دیگر یافتهٔ این پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر بر کاهش نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات حیدری و ترکان (۱۴۰۲)؛ میرزائیان و همکاران (۱۴۰۲) و کیس و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودجرحی در نوجوانان معمولا در چارچوب سایر مشکلات روان‌پزشکی رخ می‌دهد و خودجرحی با اضطراب همایند است و افراد خودجرح پس از یک تجربهٔ تنش‌زا و اضطراب، با اقدام به خودجرحی به آرامش موقتی دست می‌یابند. در بررسی علل خودجرحی همواره به عوامل شناختی نظیر تفکر دوقطبی و مفروضات ناکارآمد اشاره شده است. بسیاری از نوجوانان در معرض خطر تکرار خودجرحی قرار می‌گیرند، و این تکرار در آنان با عوامل روان‌شناختی مختلف نظیر افسردگی، ناامیدی، عزت نفس پایین و توانایی پایین حل مسئله همراه است (تیلور، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری و مهارت‌هایی که در طول این نوع درمان به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود (به ویژه مهارت‌های مقابلهٔ با افکار منفی، حل مسئله، کنترل خشم و استرس)، قادر است کارکردهای درون‌فردی (تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار) و بین‌فردی (تقویت منفی اجتماعی و تقویت مثبت اجتماعی) رفتارهای خودجرحی را در افراد کاهش دهد (حیدری و ترکان، ۱۴۰۲). هم‌چنین در تبیین اثربخشی معنادار درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشانگان بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی، می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری با استفاده از فنون متعدد و اثرگذاری بر خودکشی‌گرایی، نشانگان افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، اجتناب تجربه‌ای، تنظیم هیجانی و بهبود عملکرد کلی نوجوانان می‌تواند به کاهش خودجرحی در افراد منجر شود. در تأیید این یافتهٔ پژوهش، ساکسنا و همکاران (۲۰۲۳) نیز معتقدند درمان شناختی - رفتاری با تأکید بر مهارت‌آموزی، تمرکز فشرده بر پیامد های رفتار خودجرحی، اصلاح باورهای ناکارآمد و رفتارهای ناسازگارانه بر کاهش خودجرحی مؤثر

است. درمان شناختی - رفتاری با استفاده از راهبردهای برنامه‌ریزی فعالیت باعث می‌شود افراد فعالیت‌های لذت‌بخش بیشتری را انجام دهند و اجرای این فعالیت‌ها، سبب تغییر نگرش مثبت و خلق آن‌ها می‌شود؛ از طرفی این روش درمانی به افراد کمک می‌کند تا با شناخت افکار ناکارآمد و چالش با خطاهای شناختی و اصلاح باورهای منفی دربارهٔ خود، دیگران و آینده، خلق منفی دربارهٔ علل و معانی احساسات و علایم را تغییر دهند و از این طریق با احساس بهتری دست یابند. در این راستا، درمان شناختی - رفتاری با استفاده از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی جهت تنظیم هیجانات به نوجوانان کمک می‌کند تا افکار، احساسات و رفتارهای منفی و غیرمفید ناشی از تجربیات آسیب‌زا را اصلاح کنند (میرزائیان و همکاران، ۱۴۰۲). علاوه بر این، نوجوانی به واسطهٔ تحولات جسمانی و روان‌شناختی و تغییراتی که در سطح مغز رخ می‌دهد، دوره‌ای است که به خودی خود می‌تواند پریشان زا باشد. آنچه می‌تواند نوجوانان را در برابر خطرات این دوره محافظت کند، شکل‌گیری مهارت‌های تنظیم هیجان، کلامی و ارتباطی - اجتماعی است که متأسفانه در نوجوانانی که تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی دارند، احتمالا این قابلیت‌ها به درستی شکل نمی‌گیرند و این تاریخچه توأمان با پریشانی‌های دورهٔ نوجوانی و به ویژه عوامل آسیب‌پذیری باعث می‌شود تا برخی از نوجوانان دست به رفتار خود جرحی بزنند؛ رفتاری که عمدتا معطوف به ناتوانی در مدیریت هیجانات و افکار منفی است (نوری قاسم‌آبادی و سیداوی، ۱۴۰۰)، به نظر می‌رسد در درمان شناختی - رفتاری با کمک به نوجوانان برای کسب قابلیت‌های لازم برای مقابله با تجارب آسیب‌زا، می‌تواند عاملی پیشگیرانه برای کاهش علایم بالینی در دختران دارای سابقهٔ خودجرحی باشد.

یافتهٔ دیگر این پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانگان بالینی تفاوت معناداری وجود ندارد. یک تبیین برای عدم معناداری این تفاوت، در پرداختن به هیجانات است. از آن جا که فرایندهای هیجانی نقش مرکزی در مفهوم پردازی علت‌شناسی خودجرحی دارد (هاسکینگ، ۲۰۱۷)، بنابراین در پیش‌بینی خودجرحی بسیار با اهمیت هستند. چندین مدل نظری از جمله نظریهٔ زیستی - اجتماعی لینهان (۱۹۹۳) بیان کردند که افراد مبتلا به خودجرحی، راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه دارند و علاوه این، مشخص شد که تنظیم هیجان به‌عنوان محرک اولیه برای رفتار خودجرحی در بین افراد با نشانگان بالینی است (لی و همکاران، ۲۰۲۴). این دو مداخله (فرایندمدار و شناختی - رفتاری) از فنون تنظیم هیجانات استفاده کرده‌اند. مطالعات نشان می دهند که فنون تنظیم هیجان، علایم اضطراب و افسردگی را کاهش داده و کیفیت زندگی افراد را ارتقا می‌دهند. تلفیق فنون ذهن‌آگاهانه و مهارت‌های تحمل پریشانی در به چالش کشیدن الگوهای تفکر که با رفتارهای خودجرحی و افسردگی رابطه دارند، تأیید شده است (کاتگسنر و همکاران، ۲۰۲۱).

این پژوهش همچون سایر مطالعات علمی با محدودیت‌های خاصی مواجه بود. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، حجم پایین نمونهٔ آماری به دلیل عدم دسترسی به همهٔ دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی در شهر مشهد و هم‌چنین اکتفا نمودن به دختران مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش ناحیه دو شهر مشهد بود. بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج حاصل، مستلزم پژوهش‌های بیشتر با نمونهٔ آماری بزرگ‌تر و وارد کردن گروه پسران جهت مقایسه‌های جنسیتی می‌باشد. هم‌چنین محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده‌ها به پرسش‌نامه و عدم استفاده از سایر ابزارهای اندازه‌گیری، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی جهت اعتباردهی بیشتر به داده‌ها، از سایر ابزارهای اندازه‌گیری نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به اثربخشی هر دو نوع درمان مورد استفاده در این پژوهش (درمان فرایندمدار و درمان شناختی - رفتاری) بر کاهش علایم بالینی دختران با سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی، پیشنهاد می‌شود درمانگرانی که با این دسته از نوجوانان سر و کار دارند از این شیوه‌های درمانی برای درمان و پیشگیری از خودجرحی و خودکشی در نوجوانان استفاده کنند. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود با توجه به این که بافت خانواده و روابط خانوادگی نیز ممکن است به‌عنوان عوامل محرک خودجرحی باشد، آموزش خانواده یا خانواده درمانی نیز به‌عنوان برنامهٔ مکمل درمانی در نظر گرفته شود که درمان اثربخشی بیشتری داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسندهٔ اول در رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت‌جام با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1403.038 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان انجام

شود. هم‌چنین به شرکت‌کنندگان درباره اصل رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسندهٔ اول این مقاله به‌عنوان پژوهشگر اصلی و نویسندهٔ دوم به‌عنوان استاد راهنما و نویسندهٔ سوم نیز به‌عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان هم‌چنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاری تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

آقامحمدی، سوده؛ مظاهری، محمدعلی؛ فتی، لادن و موتابی، فرشته (۱۴۰۱). *طراحی و تبیین آسیب‌شناختی اختلال خودزنی بدون قصد خودکشی در جوانان: تابلوی بالینی و پیشنهاد بسته درمانی یکپارچه‌نگر*. پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی تهران.

احمدی مرویلی، ناهید؛ میرزاحسینی؛ حسن و منیرپور، نادر (۱۳۹۸). مدل پیشبینی رفتارهای خودآسیب رسان و گرایش به خودکشی بر اساس سبک‌های دلبستگی و سازمان شخصیت در نوجوانان دانش‌آموز: نقش واسطه‌ای راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۰ (۳)، ۱۰۱-۱۱۷. https://doi.org/ 10.22059/japr.2019.274866.643162

ایزکیان، ساره؛ میرزاییان، بهرام و حسینی، سیدحمزه (۱۳۹۷). بررسی شیوع خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی. *تعالی بالینی*، ۸ (۲)، ۱۴-۲۵. http://ce.mazums.ac.ir/article-1-395-fa.html

حیدری، زهرا و ترکان، هاجر (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودجرحی بدون خودکشی، انگ درونی‌شده، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و علائم شیدایی در بیماران دوقطبی. *روان شناسی بالینی*، ۱۵(۱)، ۷۹-۹۱. https://doi.org/10.22075/jcp.2023.29792.2588

دلاور، علی (۱۴۰۳). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات ویرایش.

رشیدی، شیما؛ چوب فروش‌زاده، آزاده و متقی، شکوفه (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های خودتعیین‌گری و افکار خودکشی در نوجوانان دختر با سابقه خودزنی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۱۳۴-۱۴۳. https://doi.org/ 10.22034/jmpr.2023.15336

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه‌سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱(۴)، ۲۹۹-۳۱۲. https://sid.ir/paper/450626/fa

صفاری‌نیا، مجید؛ نیکوگفتار، منصوره و دماوندیان، ارمغان (۱۳۹۳). اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود - آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۵)، ۱۴۱-۱۵۸. https://jcps.atu.ac.ir/article_349.html

کثیری، یاسمن؛ عباسی، قدرت‌اله و میرزاییان بهرام. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فرآیند بر افسردگی زنان مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن دارای اختلال اضطراب فراگیر: مطالعه تک موردی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۶ (۶)، ۳۴-۴۲. https://doi.org/10.61186/jams.26.6.34

میرزائیان، نیما؛ وفایی‌نژاد، زهرا؛ زمان‌پور، زهرا؛ شعبان‌نژاد، آریانا و عباسین، آیلین (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری نوجوانان خودآسیب رسان بدون قصد خودکشی. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۴(۳)، ۱۵۹-۱۶۷. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.3.11

نوری قاسم‌آبادی، ربابه و سیداوی، محمد (۱۴۰۰). مروری اجمالی بر ارتباط تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی و خودجرحی بدون هدف خودکشی در نوجوانی. *رویش روان‌شناسی* ۱۰ (۲)، ۱۶۱-۱۷۰. http://frooyesh.ir/article-1-2658-fa.html

یاس‌فرد، غزال؛ عباسپور، زهرا و المدنی، سیدعلی (۱۳۹۸) مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان کوتاه مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیر خودکشی دختران. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۴)، ۳۴۳-۳۵۸. https://doi.org/10.29252/ijhehp.7.4.343

References

Aghamohammadi, S., Mazaheri, MA., Fata, L., Mootabi, F. (2023). *Design and pathological explanation in young people with non-suicidal self-injury: clinical picture and proposal of an integrative treatment package*. PhD thesis in clinical psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran. [Persian]

Ahmadi marvili, N. , Mirzahoseini, H. and Monirpoor, N. (2019). The Prediction Model of Self–Harm Behaviors and Tendency to Suicide in Adolescence based on Attachment Styles and Personality Organization: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Journal of Applied Psychological Research*, 10(3), 101-117. [Persian]. https://doi.org/10.22059/japr.2019.274866.643162

Antony, M. M., Bieling , P. J., Cox , B. J., Enns, M. W., Sxinson, R. P. (1998). Psychometric Properties of the 42-item and 21-item Version of the Depression Anxiety Stress Scales in Clinical Groups and Community Sample. *Journal of Psychological Assessment*, 2,176-181. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176

Apicella, M., Pontillo, M., Maglio, G., Vincenzo, C. D., Della, G., Andracchio, E., & Vicari, S. (2025). Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: A Clinician's Guide to Understanding the Phenomenon, Diagnostic Challenges, and Evidence-Based Treatments. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1605508. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1605508

Arqueros, M., Ibáñez-Beroiz, B., Goñi-Sarriés, A., & Jiménez, A. G. (2023). Efficacy of psychotherapeutic interventions for non-suicidal self-injury in adolescent population: Systematic review and meta-analysis. *Spanish journal of psychiatry and mental health*, 16(2), 119-126. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.10.001

Blankenstein, N. E., Huettel, S. A., & Li, R. (2021). Resolving ambiguity: Broadening the consideration of risky decision making over adolescent development. *Developmental Review*, 62, 100987. https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100987

Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current psychiatry reports*, 19(3), 20. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9

Burke, T. A., Ammerman, B. A., Hamilton, J. L., Stange, J. P., & Piccirillo, M. (2020). Nonsuicidal self-injury scar concealment from the self and others. *Journal of psychiatric research*, 130, 313-320. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.040

Cassels, M., Neufeld, S., van Harmelen, A. L., Goodyer, I., & Wilkinson, P. (2022). Prospective pathways from impulsivity to non-suicidal self-injury among youth. *Archives of suicide research*, 26(2), 534-547. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1811180

Cheavens, J. S., Southward, M. W., Howard, K. P., Heiy, J. E., & Altenburger, E. M. (2023). Broad strokes or fine points: Are dialectical behavior therapy modules associated with general or domain-specific changes?. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 14(2), 137-147. https://doi.org/10.1037/per0000557

Chen, W. L., & Chun, C. C. (2019). Association between emotion dysregulation and distinct groups of non-suicidal self-injury in Taiwanese female adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3361. https://doi.org/10.3390/ijerph16183361

Delavar, Ali (2024). *Research Method in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Virayesh Publications. [Persian]

Ezakian S, Mirzaian B, Hosseini S H. (2018). A review on Non-Suicidal Self-Injury in Iranian Young adults and Adolescents. *Clin Exc*, 8 (2), 14-25. [Persian] http://ce.mazums.ac.ir/article-1-395-fa.html

Fraser, M. I., & Gregory, K. (2024). Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100754. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100754

Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203003459

Gulbas, L. E., Hausmann-Stabile, C., De Luca, S. M., Tyler, T. R., & Zayas, L. H. (2015). An exploratory study of nonsuicidal self-injury and suicidal behaviors in adolescent Latinas. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 302–314. https://doi.org/10.1037/ort0000073

Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543-1556. https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219

Heidary, Z. and Torkan, H. (2023). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Non-Suicidal Self-Injury, Internalized Stigma, Positive Affect, Negative Affect and Mania Symptoms in Bipolar Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 15(1), 79-91. [Persian] https://doi.org/10.22075/jcp.2023.29792.2588

Henry, J., & Crawford, J.R (2005). The short-form version of the Depression Anxiety stress scales (DASS-21). *The British Journal of clinical psychology*, 44:227-239. https://doi.org/10.1348/014466505x29657

Hofmann, S. G., Curtiss, J. E., & Hayes, S. C. (2020). Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. *Clinical psychology review*, 76, 101824. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101824

Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020). Nonsuicidal self-injury: diagnostic challenges and current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 101-112. https://doi.org/10.2147/NDT.S198806

Jiang, Y., You, J., Zheng, X., & Lin, M.-P. (2017). The qualities of attachment with significant others and self-compassion protect adolescents from non suicidal self-injury. *School Psychology Quarterly*, 32(2), 143–155. https://doi.org/10.1037/spq0000187

Kasiri Y, Abbasi G, Mirzayian B. (2024). Investigating the effectiveness of process-based therapy on depression in women suffering from iron deficiency anemia and generalized anxiety disorder: Single Subject Study. *J Arak Uni Med Sci*, 26 (6), 34-42. https://doi.org/10.61186/jams.26.6.34

Kaess, M., Koenig, J., Bauer, S., Moessner, M., Fischer-Waldschmidt, G., Mattern, M.,... & STAR Consortium. (2019). Self-injury: Treatment, Assessment, Recovery (STAR): online intervention for adolescent non-suicidal self-injury-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 425. https://doi.org/10.1186/s13063-019-3501-6

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215-219. https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 51(7), 1057-1067. https://doi.org/10.1017/S0033291721001355

Lee, C. H. J., Ortiz, J. M. H., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2024). An evaluation of emotion recognition, emotion reactivity, and emotion dysregulation as prospective predictors of 12-month trajectories of non-suicidal self-injury in an adolescent psychiatric inpatient sample. *Journal of affective disorders*, 358, 302-308. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.086

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-42) [Database record]*. https://doi.org/10.1037/t39835-000

McFarlane, F. A., Allcott-Watson, H., Hadji-Michael, M., McAllister, E., Stark, D., Reilly, C.,... & Heyman, I. (2019). Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: A case series. *European Journal of Paediatric Neurology*, 23(2), 317-328. https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002

Mehreen, Jahangir, S. F., & Irshad, E. (2025). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Among Adolescents: Life Skill Training as a Pathway to Resilience and Emotional Regulation. *Journal of Social Sciences Research & Policy*, 3(1), 145–152. https://jssrp.org.pk/index.php/jssrp/article/view/30

Mirzaian, N., Vafaeinejad, Z., Zamanpour, Z., Shabannejad, A., & Abbasian, A. (2023). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on rumination in self-harming adolescents without suicidal intent. *journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(3), 159-167. [Persian] https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.3.11

Monto, M. A., McRee, N., & Deryck, F. S. (2018). Nonsuicidal self-injury among a representative sample of US adolescents, 2015. *American journal of public health*, 108(8), 1042-1048. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304470

Mughal, F., Babatunde, O., Dikomitis, L., Shaw, J., Townsend, E., Troya, M. I., & Chew-Graham, C. A. (2019). Self-harm in young people: the exceptional potential of the general practice consultation. *British journal of general practice*,69(681),168-169. https://doi.org/10.3399/bjgp19X701393

Noury Ghasemabadi R, & Seydavi M. (2021). A brief review of the relationship of childhood maltreatment and non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence. *Rooyesh*, 10(2), 161-170. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-2658-fa.html

Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634-640. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3

Peat, C.M. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy. In: *Claes, L., Muehlenkamp, J. (eds) Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40107-7_7

Peters, L., Romano, M., Byrow, Y., Gregory, B., McLellan, L. F., Brockveld, K.,... & Rapee, R. M. (2019). Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 256, 70-78. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042

Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2021). Puberty initiates cascading relationships between neurodevelopmental, social, and internalizing processes across adolescence. *Biological psychiatry*, 89(2), 99-108. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002

Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 115:23–30. https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023

Rashidi, S., Choobforoushzadeh, A., and Mottaghi, S. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Components of Self-Determination and Suicidal Ideation in Adolescent Girls with a History of Self-Harm. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(68), 133-143. [Persian] https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.15336

Robinson K, Garisch JA, Wilson MS. (2021). Nonsuicidal self-injury thoughts and behavioural characteristics: associations with suicidal thoughts and behaviours among community adolescents. *J Affect Disord*, 282:1247–54. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.201

Saffarinia, M. , Nikoogoftar, M. and Damavandian, A. (2014). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. *Clinical Psychology Studies*, 5(15), 141-158. [Persian]

Sahebi, A., Asghari, M.J., & Salari, R (2005). Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Journal of Iranian Psychologist*, 1(4), 299-312. [Persian] https://sid.ir/paper/450626/fa

Saxena, O., Kishore, M. T., Kumar, A., Sagar, K. J. V., & Binukumar, B. (2023). Case Series on Effectiveness of cutting-down program for managing Non-suicidal Self-Injury among adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*,

19(2), 215-220. https://doi.org/10.1177/09731342231196370

Somefun OD, Odimegwu C (2019) Correction: The protective role of family structure for adolescent development in sub-Saharan Africa. *PLOS ONE*, 14(8), e0221723. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221723

Stangier, U., Kohl, V., Görg, N., Sendig, L., Hufschmidt, B., Bonarius, D.,... & Hofmann, S. G. (2024). Process-based therapy vs. routine-CBT for difficult-to-treat mood and anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 25(1), 838. https://doi.org/10.1186/s13063-024-08689-3

Tang, J., Li, G., Chen, B., Huang, Z., Zhang, Y., Chang, H.,... & Yu, Y. (2018). Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: results from a nationwide survey in China. *Journal of affective disorders*, 226, 188-195. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.051

Taylor, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2022). *Cutting down: An evidence-based CBT workbook for treating young people who self-harm*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003163046

Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*, 227, 759-769. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073

Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 912441. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.912441

Yasfard, G., Abaspour Azar, Z., & Hosseini Almadani, S. A. (2020). 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*, 7(4), 343-358. [Persian] https://doi.org/10.29252/ijhehp.7.4.343

Weiner, Rachel E., (2016). *"Clinical perspective on non-suicidal self injury in adolescents : a qualitative study"*. Masters Thesis, Smith College, Northampton, MA. https://scholarworks.smith.edu/theses/1726