فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، ویژه نوجوانان ۱۴۰۲، پیاپی (الف)۳۷ ص ۵۹-۴۵

Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.5.2.7

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی در نوجوانان

لاله یاری،۱ ناهید زینی حسنوند*،۲ مهدی یوسف وند۳

چکیده

مقدمه: ورود به نوجوانی، یکی از مهمترین دوران‌های گذار در زندگی است. در این مرحله، نوجوان با ترک محیط ایمن و آشنای خانه و رویارویی با چالش‌های تحصیلی با تنیدگی‌های قابل توجهی روبه رو می‌شود که از جمله مهمترین چالش‌های در زمینه هیجان و نظم جویی هیجانی است، لذا این پژوهش با هدف، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در نوجوانان انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش کلیه نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله ناحیه ۱ شهرستان بهارستان که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در کلاس‌های هفتم تا دهم تحصیل می‌کردند، بودند که در سال ۱۴۰۱ به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ارجاع داده شدند و از این تعداد، ۳ گروه ۲۰ نفری به روش نمونه گیری در دسترس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند (که در فرآیند پژوهش به رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۷ نفر)، فراشناخت درمانی (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) تقلیل شدند) و به پرسشنامه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۲) در سه زمان پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی به‌صورت گروهی (در قالب آموزش و مهارت)، به مدت ۲ ماه هفته‌ای ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، اما در این مدت به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. داده ها با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تأثیر فراشناخت درمانی بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی (P=۰/۰۱۹) معنادار است. به طوری که فراشناخت درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک به میزان قابل توجهی راهبردهای شناختی را در نوجوانان افزایش داده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این تحقیق می‌توان گفت که هدف از رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به نظم جویی هیجانی در نوجوانان می‌شود که همان پاداش است.

کلید واژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، فراشناخت درمانی، راهبردهای شناختی، نظم جویی هیجانی، نوجوانان

تاریخ دریافت: **تاریخ پذیرش نهایی:**

استناد: یاری لاله، زینی حسنوند ناهید، یوسف وند مهدی. مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی در نوجوانان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(الف): ۵۹-۴۵

1- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
2- (نویسنده مسئول): استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
3- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه :

ورود به نوجوانی، یکی از مهمترین دوران‌های گذار در زندگی است. در این مرحله، نوجوان با ترک محیط ایمن و آشنای خانه و رویارویی با چالش‌های تحصیلی با تنیدگی‌های قابل توجهی روبه رو می‌شود. به عقیده اریکسون۱ (۱) مدرسه، محیطی را برای نوجوانان فراهم می‌سازند تا فارغ از مسئولیت‌ها، فرصت‌های موجود را بررسی کنند و نقش‌هایی را که می‌توانند از عهده آنها برآیند، کشف نمایند و بهترین گزینه‌ای را که با استعدادها، علایق و نیازهایشان منطبق می‌باشد، انتخاب کنند (۲).

در فرآیند جذب، فرد اطلاعات جدید را در اطلاعات قدیمی‌وارد می‌کند، در حالیکه در انطباق، فرد اطلاعات قدیمی‌را تغییر می‌دهد تا با اطلاعات جدید هماهنگ باشد. افراد دارای سبک اطلاعاتی، اطلاعات جدید را جذب می‌نمایند و هویت خود را براساس اطلاعات جدید، تغییر می‌دهند (۳). بدین ترتیب، ادراک درستی از واقعیت خواهند داشت و سازگاری آنان افزایش می‌یابد. به بیان دیگر، از دیدگاه شناختی، افراد دارای جهت گیری اطلاعاتی، با وارسی واقعیت به تاثیر هیجان بر رفتار خود و دیگران پی می‌برند. افراد دارای سبک هنجاری، بدون وارسی گزینه‌های موجود نسبت به هدف متعهد می‌گردند و بنابراین به طور عمده از جذب استفاده می‌کنند. این افراد از هیجان‌های خود جهت شکل‌دهی به، هویت استفاده نمی‌کنند و در مقابل به تنظیم یا کنترل دفاعی هیجان‌های خود می‌پردازند (۴). افراد اجتنابی- سردرگم نیز فاقد هویتی منسجم و پایدار می‌باشند و در پاسخ به نیازهای محیطی، بدون درنظر گرفتن پیامدهای رفتار به طور عمده از فرآیند انطباق استفاده می‌کنند. به بیان دیگر، این افراد قادر نیستند هیجان‌های خود را به طور موثر مدیریت نمایند یا از تاثیر رفتار خود بر پاسخهای عاطفی دیگران آگاه نیستند (۵).

بنابراین، تنظیم هیجان فرآیندی است که در جریان شکل گیری هویت منسجم نقشی بسزا دارد و از طریق آن، افراد جهت دستیابی به پیامدهای مطلوب، هیجان‌های خود را مدیریت میکنند (۶). افزون براین، راهبردهای نظم جویی هیجان، کانون اصلی درک همبسته‌های رفتاری و هیجانی تنیدگی و وقایع عاطفی منفی است. به بیان دیگر، در برخی از جنبه‌های نظم جویی، هیجان شبیه مقابله است (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، تعامل با دیگران و عملکرد تحصیلی را بهبود می‌بخشد و سلامت روانی را به دنبال خواهد داشت (۸)؛ در مقابل، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در شکل‌گیری و تداوم آسیب‌های روانی نقش بسزایی دارند (۹). نظریه پردازان مختلف بر این باورند افرادی که در رویارویی با رویدادهای روزمره نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود را مدیریت نمایند، اختلالات هیجانی شدیدی را تجربه خواهند کرد که از جمله میتوان به اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی اساسی (۱۰) و اختلال اضطراب تعمیم یافته (۱۱) اشاره نمود. بنابراین، راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند به عنوان عوامل خطرساز یا محافظ در برابر آسیب‌های روانی عمل کنند. افراد از روش‌های مختلفی جهت نظم بخشی به هیجاناتشان استفاده می‌کنند که یکی از متداول‌ترین آنها، استفاده از راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان می‌باشد (۱۲). این راهبردها، فرآیندهای شناختی هستند که افراد بعد از تجربه یک رویداد تنیدگی زا برای مدیریت هیجانات خود به کارمیگیرند و بر جنبه شناختی مقابله تاکید دارند. از جمله راهبردهای تنظیم شناختی هیجان میتوان به راهبرد ملامت خود، نشخوارگری، ملامت دیگران، فاجعه‌سازی و ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی اشاره نمود که هر یک از این این راهبردها، پیامدهایی را بر سلامت روانی افراد به دنبال خواهد داشت (۱۳).

بدین ترتیب، عدم تنظیم هیجان از سوی دیگر، در بروز آسیب‌های روانی نقش بسزایی دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد با جهت‌گیری اطلاعاتی در رویارویی با رویدادهای تنیدگی‌زای روزمره بیشتر از مقابله مسئله‌مدار استفاده

1 Erikson

Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.5.2.7

می‌کنند، با تنیدگی و اضطراب بهتر مقابله می‌کنند، کمتر دچار اختلالات اضطرابی می‌گردند و ارتباط عاطفی بهتری با دیگران برقرار می‌نمایند (۱۴). به اهمیت دوران نوجوانی و نقش مهم آن در شکل گیری شخصیت سالم و نیز با توجه به راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در این سن و هزینه‌های ناشی از آن برای خانواده و جامعه، می‌بایست درمان مناسبی برای شکل گیری هویت سالم و هیجانات مناسب در کنار دلبستگی سالم در جامعه ایجاد گردد (۱۵).

یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی که می‌تواند در حوزه اختلالات رفتاری دارای کاربردهای وسیعی باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی است. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی- رفتاری است که ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی، رفتاری و حمایتی را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد با آموزه‌ها و فنون فلسفه‌ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه‌ی مداخله‌ای را در شیوه‌ی درمان گروهی خود مطرح می‌کند (۱۶). در این درمان هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل رنج و پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشند (۱۷). در واقع جهت گیری نظری رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی، آمیزه‌ای از این سه دیدگاه نظری، علوم رفتاری، فلسفه‌ی دیالکتیکی، و تمرین ذن است. این درمان رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسأله‌ی شناختی- رفتاری و آموزش مهارتهای اجتماعی ترکیب می‌کند (۱۸).

فراشناخت، به عنوان یک استراتژی قدرتمند برای افزایش مهارتهای رفتاری نوجوانان و همچنین به عنوان یکی از مهمترین متغیرها و استراتژی‌های مؤثر در زمینه حل مساله شناخته شده است. فراشناخت شامل آگاهی و تنظیم فرایند تفکر فرد است. این بازتاب عمدی در مورد عملکرد شناختی است. فراشناخت نقش مهمی‌در ارتباط، درک زبان، شناخت اجتماعی، توجه، خودتنظیمی، حل مساله و توسعه شخصیت دارد. به عنوان یک ساختار نظری، فراشناخت با یادگیری یا رشد معادل نیست، بلکه معادل تنظیم آگاهانه و عمدی آن یادگیری و رشد می‌باشد. فراشناخت با تمرین افزایش می‌یابد. قدم منطقی بعدی در ارتقاء سلامت اجتماعی و عاطفی، توجه عمدی به فراشناخت، نه تنها به عنوان یک استراتژی آموزشی، بلکه همچنین یک استراتژی حمایت از سلامت روان است که توسط معلمان تسهیل می‌شود (۱۹). فراشناخت درمانی الگوی جدیدی را برای اختلالات هیجانی به کار می‌گیرد. این الگو به منظور تعدیل و برطرف کردن خلاهای نظریه‌های شناختی شکل گرفته است (۲۰) که توسط ولز و متویز[1] در سال ۱۹۹۶ با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی‌جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند (۲۱). برای فهم فرایندهای تفکر الزم است که بر باورهای فرد درباره تفکر و راهبردهای فردی در مورد کنترل، توجه گردد و همچنین نوع باورهای فراشناختی او مورد تأکید قرار گیرد. آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید است، عواملی است که تفکر را کنترل و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند، نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجهه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی (۲۲).

فراشناخت به عنوان هر نوع دانش یا فرایند شناختی است که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد. بنابراین، باورهای فراشناختی (که افراد در مورد تفکر و فرایندها و تجربه‌های شناختی خود دارند) می‌توانند نیروی پنهان برانگیزنده سبک‌های زیان بار اندیشیدن بوده و به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر شوند. درمان فراشناختی شامل حیطه‌های محتوایی گسترده‌ای است. به این معنی که هر اختلال در درون این حیطه‌ها، محتوای اختصاصی خود

1 Matthews

را دارد. به عنوان مثال، باورهای فراشناختی مثبت باورهایی را در برمی‌گیرند که به درگیری سودمند در فعالیت‌های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری و غیره مربوط می‌شوند. از سوی دیگر، باورهای فراشناختی منفی باورهای مربوط به کنترل ناپذیری، معنی، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی هستند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توجهی خوانده می‌شود که شام نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمیو یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در نوجوانان انجام شد.

روش پژوهش:

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله ناحیه ۱ شهرستان بهارستان که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در کلاس‌های هفتم تا دهم تحصیل می‌کردند، بودند که در سال ۱۴۰۱ به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ارجاع داده شدند و از این تعداد، ۳ گروه ۲۰ نفری به روش نمونه گیری در دسترس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی) و یک گروه کنترل تقسیم شدند که در فرآیند پژوهش به رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۷ نفر)، فراشناخت درمانی (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) تقلیل شدند) و به پرسشنامه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) در سه زمان پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه پاسخ دادند. معیارهای ورود شامل دانش آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ سال که در کلاس‌های هفتم تا دهم تحصیل می‌کردند و ساکن شهرستان بهارستان بودند و معیارهای خروج شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت. عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه شرکت در فرآیند تحقیق بود.

آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی به‌صورت گروهی (در قالب آموزش و مهارت)، به مدت ۲ ماه هفته‌ای ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، اما در این مدت هیچ آموزشی به گروه کنترل داده نشد.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد زیر بود: الف) کلیه شرکت کنندگان با انتخاب و تمایل خود در پژوهش شرکت کردند. ب) با توجه به رعایت اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت کنندگان، به آنها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه می‌ماند ج) در پایان از شرکت کنندگان در تحقیق قدردانی شد. د) شرکت کنندگان می‌توانند هر زمان که بخواهند از شرکت انصراف دهند. داده ها با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر و سطح معنی داری $p > ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

جهت جمع آوری داده‌ها از این ابزارهای زیر استفاده شد: (۱) پرسشنامه راهبردهای شناختی نظم جویی هیجان: در پژوهش حاضر از پرسش نامه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۳) استفاده شده است این نسخه شامل ۹ خرده مقیاس معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان می‌باشد. هریک، چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند و بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری شده است نسخه فارسی پرسشنامه توسط حسنی (۲۴) تدوین و نرم شده است، اعتبار زیر مقیاس‌های نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان بر اساس روش‌های همسانی درونی ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و باز آزمایی ۰/۵۱ تا

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، ویژه نوجوانان ۱۴۰۲، پیاپی (الف)۳۷ ص ۵۹-۴۵
Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.5.2.7

۰/۷۷ گزارش شده است. مشهدی و همکاران (۲۵) روایی آزمون را خوب ارزیابی کردند و پایایی کل آزمون را ۰/۸۷ گزارش دادند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲بود.

پروتکل درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک: در پژوهش حاضر رفتاردرمانی دیالکتیک براساس پروتکل درمانی میتو مک کی، جفری وود و جفری برنتلی (۲۶) طی دو ماه در هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت یک ساعت و نیم انجام شد.

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک

مهارت	جلسات	محتوای هر جلسه
مقدمه و آموزش هشیاری فراگیر	جلسه اول	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت های هشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا شنا می شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حاالت ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا است.
	جلسه دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حاالت ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارتهای چه چیز و مهارت های چگونه هشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
آموزش تنظیم هیجانی	جلسه سوم	در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
	جلسه چهارم	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد،آموزش داده شد.
آموزش تحمل پریشانی	جلسه پنجم	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارتهای پرت کردن حواس و خودآرام سازی با حواس پنج گانه پرداخته شد.
	جلسه ششم	در این جلسه، ضمن مرور آموزش های قبلی، مهارت‌های به سازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی‌یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت
آموزش کارآمدی بین فردی	جلسه هفتم	آموزش مهارت‌آموزی روابط بین فردی، آموزش مهارتهای کلیدی بین فردی، اموزش و تمرین شناسایی ارزش های بین فردی، شناسایی موانع استفاده از مهارت‌های ین فردی، شناسایی راهبردهای آزارنده پرخاشگرانه و اثربخشی آن در تشدید مشکل روابط بین فردی، تمرین ثبت تعارض و شناسایی شیوه‌های آزاردهنده، شناسایی راهبردهای منفعلانه روابط (کمرویی)، شناسایی هیجان‌های آشفته ساز، آموزش و تمرین رفتارها و احساس‌های اخطارگونه

	(سیستم هشداردهی)، آموزش شناسایی نیازها و موانع شناسای نیازها، آشنایی باترس و شناخت عامل ترس، تمرین اول شناسایی ترس (خطرسنجی)، تمرین دوم شناسایی ترس (برنامه ریزی برای خطرپذیری)، کامل کردن فرم خطرپذیری، طرح ریزی برای خطرپذیری، آموزش مهارتهای جسارتمندی، آشنایی با ۴ افسانه ناتوان ساز روابط.
جلسه هشتم	آموزش خودشناسی، آموزش شناسایی هیجان های خود، تمرین شناسایی آن چه که می‌خواهید، آموزش ارزش قائل شدن برای خود و نوشتن حقوق خود، آشنایی با شدت خواسته‌ها، تمرین تعدیل شدت خواسته‌ها، آشنایی با مهارت طرح یک درخواست ساده، تمرین طرح یک درخواست ساده.

پروتکل فراشناخت درمانی: پروتکل فراشناخت درمانی براساس پروتکل درمانی فراشناخت درمانی ولز (۲۷) طی دو ماه در هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت یک ساعت و نیم انجام شد.

جدول ۲. پروتکل فراشناخت درمانی

تعداد جلسات	محتوای هر جلسه
جلسه اول	معارفه‌ی درمانگر و شرکت کننده، اجرای پیش‌آزمون‌ها، آماده سازی و معرفی درمان فراشناختی، تعریف و معرفی سبک دلبستگی، هویت و انواع هویت یابی و هیجان، ارائه‌ی منطق درمان فراشناختی، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی، آشنایی با سندرم شناختی- توجهی و چگونگی تأثیر آن در تداوم اختلالات روانی، معرفی و تمرین تکنیک آموزش توجه، تکمی برگه‌ی خلاصه‌ی تکنیک آموزش توجه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی، شناسایی و چالش با باورهای منفی مربوط به نگرانی و کنترل ناپذیری و تحلیل مزایا و معایب آنها، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه ی درمان، معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی، شناسایی و چالش با باور های مثبت مربوط به نگرانی و کنترل ناپذیری و تحلیل مزایا و معایب آنها، اجرای آزمایش سرکوب فکر، تمرین تکنیک آموزش توجه، فزایش سطح دشواری، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی، شناسایی و چالش با باورهای مثبت و منفی مربوط به نشخوار فکری و تحلی مزایا و معایب آنها، شناسایی برانگیزاننده‌ها و به کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی، معرفی به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، مقابله با نگرانی و نشخوار فکری فعال با اجرای به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری در جلسه ی درمان، تمرین تکنیک آموزش توجه، آموزش تکنیک تمرکز مجدد توجه بر موقعیت، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی، و ارائه‌ی خالصه ای از تکلیف‌های ارائه شده در تمام جلسات درمانی

جلسه هشتم	پاسخ به سوالات و مشکلات در بـه کـارگیری این تکنیکها، تشکر و قدردانی و گرفتن بازخورد از جلسات، اجرای پس آزمون

یافته‌ها:

در این پژوهش ۵۵ شرکت کننده در سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۷ نفر)، فراشناخت درمانی (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) حضور داشتند. در گروه فراشناخت درمانی میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان به ترتیب برابر با ۱۵/۱۷ و ۴/۰۸ سال، در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب برابر با ۱۵/۱۳ و ۴/۱۴ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۵/۲۰ و ۴/۴۳ سال بود.

جدول ۳ میانگین (انحراف استاندارد) و شاخص شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) متغیر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) و شاخص شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین (انحراف استاندارد)	فراشناخت درمانی	(۸/۸۶) ۵۰/۷۲	(۸/۳۱) ۷۱/۶۱	(۹/۳۲) ۶۹/۰۰
	رفتاردرمانی دیالکتیک	(۹/۱۳) ۵۳/۳۵	(۹/۹۳) ۷۵/۴۷	(۱۰/۱۱) ۷۹/۳۵
	کنترل	(۸/۴۷) ۵۲/۶۰	(۷/۷۲) ۴۹/۷۰	(۷/۹۲) ۵۰/۹۰
شاپیرو- ویلک (معناداری)	فراشناخت درمانی	(۰/۸۲۹) ۰/۹۷۲	(۰/۵۹۹) ۰/۹۶۰	(۰/۱۰۹) ۰/۹۱۶
	رفتاردرمانی دیالکتیک	(۰/۷۹۰) ۰/۹۶۸	(۰/۰۵۴) ۰/۸۹۴	(۰/۴۲۵) ۰/۹۴۸
	کنترل	(۰/۳۴۳) ۰/۹۴۶	(۰/۱۷۱) ۰/۹۳۲	(۰/۴۹۸) ۰/۹۵۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات هر دو متغیر متغیر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها، مقادیر شاپیرو – ویلک مربوط به متغیرهای وابسته برای هر سه گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که ارزش شاپیرو- ویلک مربوط به هر دو متغیر وابسته در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری غیرمعنادار است. این مطلب بیانگر توزیع نرمال متغیرهای وابسته در گروه ها و مراحل سه گانه پژوهش است.

برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس های خطای متغیرهای راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در بین گروه ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از دو متغیر وابسته در گروه‌ها و در سه مرحله معنادار نیست. بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار بود. در ادامه مفروضه های همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام.باکس و شرط کرویت با استفاده از تست موخلی بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول۴. نتایج آزمون مفروضه هایبرابری ماتریس های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	برابری ماتریس واریانس کوواریانس ها			برابری ماتریس کوواریانس خطا		
	M.Box	F	p	شاخص موخلی	χ۲	p
راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی	۶/۶۲	۰/۵۱	۰/۹۱۳	۰/۹۶۶	۱/۷۷	۰/۴۱۳

منطبق بر جدول شماره ۴ نتایج تحلیل نشان داد که شاخص آماره ام.باکس برای هیچ یک از دو متغیر وابسته معنادار نیست. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته برای متغیرهای راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی است. همچنین براساس نتایج جدول شماره ۴ تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به هیچ یک از متغیرهای وابسته معنادار نیست. براین اساس مفروضه کرویت برای متغیرهای وابسته برقرار بود. پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد.

جدول شماره ۵ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	۲η	توان آزمون
راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی	۰/۴۴۹	۱۲/۵۷	۱۰۲ و ۴	/۰۰۱ ۰	/۳۳۰ ۰	۱/۰۰

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی (۰/۴۴۹= لامبدای ویلکز ، η۲ =۰/۳۳۰ ، P =۰/۰۰۱ ، F= ۱۲/۵۷) معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر اجرای فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η۲
راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی	اثر گروه	۹۹۲۶/۸۱	۴۴۹۷/۸۹	۵۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸
	اثر زمان	۵۵۱۴/۲۸	۴۰۸۳/۹۱	۷۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۵۲۱۴/۳۹	۷۷۲۴/۸۰	۱۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، ویژه نوجوانان ۱۴۰۲، پیاپی (الف)۳۷ ص ۵۹-۴۵
Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.5.2.7

جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه× زمان برای راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی (η۲ =۰/۴۰۳ ، P =۰/۰۰۱ ، F = ۱۷/۵۵) معنادار است. این یافته ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل را به صورت معنادار تحت تاثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۷ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی

متغیر	زمان ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۳/۳۷	۱/۷۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۱۴/۱۹	۱/۶۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۸۲	۱/۴۹	۱/۰۰
متغیر	تفاوت گروه ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی	فراشناخت درمانی	رفتاردرمانی‌دیالکتیک	-۵/۶۱	۱/۸۲	۰/۰۱۰
	فراشناخت درمانی	گروه کنترل	۱۲/۷۱	۱/۷۵	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی‌دیالکتیک	گروه کنترل	۱۸/۳۳	۱/۷۷	۰/۰۰۱

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون – پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون – پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در دو گروه فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به طوری که اجرای فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک باعث شده تا میانگین راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون افزایش یابد.

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی (P=۰/۰۱۹) معنادار است. به طوری که درمان رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با فراشناخت درمانی راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی را در دانش آموزان به صورت معناداری بیشتر افزایش داده است.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای شناختی نظم جویی هیجانی معنادار است. بر اساس اصول این درمان، افراد مهارت های لازم برای ایجاد زندگی ارزشمند را ندارند. رفتار درمانی دیالکتیکی در واقع تغییر و اصلاح رفتار درمانی شناختی است و در افرادی که با هیجانات خارج از کنترل و همچنین مسائل خلقی و عاطفی دست و

پنجه نرم می کنند استفاده می شود و از متخصصان بالینی خواسته می شود تا به درمانگر کمک کنند تا رفتارهای مخرب را به عنوان رفتار درک کند. اکتساب برای کمک به حل مشکل و درمانگر فاقد مهارت های لازم برای واکنش خلاقانه تر است. این یکی از دلایلی است که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش مسایل خلقی و عاطفی مثمر ثمر بوده است. در راستای این نتیجه می توان به تحقیقات کاتز و همکاران۱ (۲۶)، کونز و همکاران۲ (۲۷)، میلر و همکاران۳ (۲۸) و مطالعه مک‌کولان۴ (۲۹) در زمینه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش تکانشگری اشاره کرد. تنظیم هیجان، بهبود بخشش مسائل عاطفی و تنظیم هیجانات ناسازگار که منجر به افسردگی، اضطراب و استرس می شود انجام شده است.

با توجه به تحقیقات انجام شده می توان نتیجه گرفت که دلیل موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیکی در مطالعات فوق کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات عاطفی است که مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش هیجانات نامناسب شده است. نوآوری این تحقیق اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در افرادی بود که هیجانات خود را تنظیم می کنند. افراد ناسازگار در مقایسه با بیماران از سطح پایینی برخوردار بودند و همچنین بیش از رنج عاطفی از درد عاطفی احساس ناتوانی می کردند و فقدان مهارت های تنظیم هیجانی باعث افزایش روند دلبستگی ناایمن و شکسته شدن هویت شده بود (۳۰).

همچنین نمرات پیش آزمون و پس آزمون شرکت کنندگان به وضوح بهبودی در متغیرهای سبک های دلبستگی، ابعاد تحول هویت و راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی را پس از اجرای فراشناخت درمانی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد. که اثربخشی درمان فراشناختی را تایید می کند.

درمانگران فراشناختی بر این باورند که اکثر افراد حالت های هیجانی را به طور موقت تجربه می کنند و دلیل آن را این است که افراد راه ها و روش هایی را برای رهایی از افکاری که در ذهنشان ایجاد شده و مقابله با آن ها را یاد گرفته اند. در نظریه ویلز (۳۱) که اساس درمان فراشناختی است، فرض بر این است که افراد از اختلالات هیجانی رنج می برند زیرا بخش فراشناختی ذهن آنها دارای الگوی پاسخگویی به تجربیات درونی است و وجود این الگو باعث منفی و منفی شدن آن می شود. احساسات قوی باید حفظ شود تبدیل به افکار منفی می شود. در واقع درمانگران فراشناخت وضعیت فراشناخت را عاملی می دانند که تعیین می کند فرد به چه چیزی توجه می کند. همچنین به گفته این درمانگران، وضعیت فراشناخت تعیین می کند که چه عواملی وارد سیستم آگاهی ما می شوند و از چه راهکارهایی برای تنظیم افکار و احساسات خود استفاده می کنیم. نکته مهمی که فراشناخت درمانی را از درمان های قبلی جدا می کند، تاکید درمان فراشناختی بر نقش سبک های تفکر است و این امر موجب بهبود سبک دلبستگی، تحول هویت و راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی در گروه مورد مطالعه شده است.

محدودیت‌های پژوهش:

محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از نوجوانانی قابل تعمیم است که درصد درمان برمی‌آیند، در نهایت، این که گروه نمونه تنها از نوجوانان دختر تشکیل شده بودند، بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به دختران نوجوان قابل تعمیم است.

---

1 Katz, Cox, Gunasekara, Miller
2 Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse
3 Miller, Rathus, Linehan, Watzler, Leigh
4 McQuillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lisser, Ferrero

کاربرد پژوهش:

به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماری‌های مختلف نیز مطالعه گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.025 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه شخصی نویسنده اول انجام شده است.

Reference

1. Erikson E. Identity: Youth and crisis. New York: Norton; 1968.
2. Imtiaz S, Naqvi I. Parental Attachment and Identity Styles among Adolescents: Moderating Role of Gender. Pakistan Journal of Psychological Research. 2012; 27(2).
3. Perkins A, Gracey F, Kelly G, Jim J. A new model to guide identity-focused multidisciplinary rehabilitation for children and young people following acquired brain injury: I-FoRM. Neuropsychological Rehabilitation. 2022; 32(8): 1928-1969.
4. Szabó Á, Ward C, Meca A, Schwartz SJ. Testing the construct validity and empirical distinctiveness of the Multicultural Identity Styles Scale (MISS) and the Bicultural Identity Integration Scale (BIIS-2). Psychological assessment. 2022; 32(7):705.
5. Erikson E. Identity: Kouth and crisis. New York: Northon & Company. In: Inc; 1968.
6. Joanne S, Eugene F, James E.M. Identity in adolescence. Handbook of adolescent psychology. 1992; 15 (3): 283-300, //doi.org/10.1016/0140-1971(92)90031-Y
7. Berzonsky MD, Cieciuch J, Duriez B, Soenens B. The how and what of identity formation: Associations between identity styles and value orientations. Personality and Individual differences. 2011; 50(2): 295-299. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.007
8. Hashemi Z, Shahjoee T. Comparison of Oppositional Defiant Disorder, Self-Control and Attachment Styles in Children with Addicted and Non-Addicted

Parent. J Child Ment Health. 2022; 9 (3): 47-61. URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-1213-fa.html

9. Borjali M, Alizadeh H, Ahadi H, Farrokhi N, Sohrabi F, Mohamadhi M. A comparative study on three therapeutic programs including parent encouraging training, behavioral training and pharmacotherapy for increasing self-control among children with attention deficit hyperactive disorder. Clin Psychol Stud. 2013; 4(16): 153-175. https://jcps.atu.ac.ir/article_61.html?lang=en

10. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. Front psychiatry. 2019; 10: 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00643

11. Moosavian Z, Mohammadi M, Sarlak N, Ghodrat G. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Students' Attributional Styles and Academic Optimism. J Child Ment Health. 2023; 9 (4): 40-60. URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-1134-fa.html

12. Babosalam S, Ghazanfari A, Ahmadi R. Modeling Academic Engagement Based on Academic Identity with the Mediating Role of Academic Wellbeing of Students. J Child Ment Health. 2022; 9 (3) :62-77 http://childmentalhealth.ir/article-1-1284-fa.html

13. Greenwood CR, Beecher C, Atwater J, Petersen S, Schiefelbusch J, Irvin D. An ecobehavioral analysis of child academic engagement: Implications for preschool children not responding to instructional intervention. Topics in Early Childhood Special Education. 2018; 37(4): 219-233. doi.org/10.1177/02711214177419

14. Shaukatpour Lotfi S, Moghtadar L, Akbari B. Comparing the effectiveness of parent-child interaction training, attachment-based therapy and self-regulation skill training on children's emotion control. Jayps. 2023; 4 (2): 159-173. URL: http://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-261-fa.html

15. Cooper ML, Collins NL, Shaver PR. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence, Journal of Personality and Social Psychology. 2014; 74(5), 1380 – 1397. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1380

16. Moradi M, Farhangi A, Tizdast T. Modeling children's behavioral problems based on attachment styles with parent-child relationship mediation. Jayps. 2023; 4 (2): 12-23. URL: http://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-466-fa.html

17. Di Tella M, Castelli L. The secure attachment style oriented psycho - educational program for reducing intolerance of uncertainty and academic procrastination. Current Psychology. 2016; 1 -14.

18. Galvez-Sánchez CM, Reyes GA, Duschek S. Cognitive impairments in oppositional defiant disorder: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. Frontiers in Psychology. 2018; 9 (1):377.

19. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review. 2010; 30(2):217-237.

20. Diedrich A, Hofmann SG, Cuijpers P, Berking M. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2016; 82: 1-10. http://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.003.
21. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van-Den-Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. Personality and Individual Differences. 2004; (36):267-276
22. Garnefski N, Van-Der-Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein EO. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. European Journal of Personality. 2002; 16(5): 403-420. DOI: 10.1002/per.458
23. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press.2009: 154-196.
24. Entezari S, Taher M, Aghaei H. The Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Depression, Suicide Ideation, and Masochistic Aggression in Individuals with Subclinical Symptoms of Body Dysmorphic Disorder. J Child Ment Health. 2021; 7 (4): 1-18. URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-1069-fa.html
25. Hassani M, Nadi M, Sajjadian I. The Effect of the Cognitive-Emotional-Social Working Memory Training Package on the Improvement of Metacognition and Emotional Creativity in Students. J Child Ment Health. 2020; 7 (3): 108-127. URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-635-fa.html
26. Tankamani N, Saffarinia M, aghayousefi A, alipour A. A review of the relationship between attachment styles and mental rumination with psychological response to coronavirus (Covid-19). Clin Exc. 2021; 11 (S2): 64-75. URL: http://ce.mazums.ac.ir/article-1-668-fa.html
27. Koen Luyckx TAK, Bart Duriez, Stijn Van Petegem, Wim Beyers, Eveline Teppers, Luc Goossens. Personal identity processes and self-esteem: Temporal sequences in high school and college students. Journal of Research in Personality. 2013; 47: 159-70.
28. Tahmasbipour N, Zakeri F S. Predicting the Dimensions of Girls' Identity Based on Their Dimensions of Self-Esteem and Body Image. 2021; 12(46):66-76.
29. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. J Am Acad Child Psychol. 2004; 43: 276-82.
30. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behav Ther. 2001; 32: 371-90.
31. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Watzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted forsuicidal patients. J Pract Psychiatr Behav Health. 1997; (2): 76-86.

32. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lisser C, Ferrero F. Intensive dialectical behaviortherapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. Psychiatr Serv 2005; 556:193-7.