

Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Improvement in Cognitive-Emotion Regulation in Attempting to Self-Mutilation Soldiers

Kazem Ghodrati Shahtoori ¹, Amir Mohsen Rahnejat ^{2*}, Parviz Dabaghi ², Arsia Taghva ³, Vahid Donyavi ³, Mohammad Reza Ebrahimi ³, Fahimeh Ghahvehchi-Hosseini ⁴

¹ M.A in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 16 March 2020 Accepted: 8 October 2020

Abstract

Background and Aim: Given the high prevalence of self-mutilation during military service as an important and sometimes stressful period for young people, it is essential to identify the interventions that prevent or reduce this problem. This study aimed to investigate the effectiveness of Emotional Schema Therapy on improving cognitive emotion regulation in the soldiers with self-mutilation attempts.

Methods: This study was conducted following a pretest-posttest quasi-experimental study design in 2019. The participants in this study consisted of 20 soldiers who referred to (505 Army Psychiatric Hospital) and were selected using availability sampling assigned to two groups, the experimental group and the control group awaiting treatment (10 in each group). Participants in the experimental group received 10 sessions of Emotional Schema Therapy for 90 minutes per week, and participants in the control group awaiting treatment did not receive any intervention. The instruments used in this study included Inventory of statements about self-injury (ISAS), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Leahy Emotional Schema Scale (LESS), and a researcher-made demographic information questionnaire.

Results: The mean ages of soldiers in the experimental and control groups were 19.7 ± 1.6 and 19.5 ± 1.7 years old, respectively. All participants were male and single. The results obtained from Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) confirmed the effect of Emotional Schema Therapy on reducing self-mutilation attempts (75%) and increased cognitive emotion regulation (76-89 percent) in soldiers ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the findings of the present study, it is suggested that Emotional Schema Therapy was effective and psychologists in military counseling centers after completing the necessary training courses, use the emotional schema therapy approach to treat and reduce self-mutilation attempts in soldiers.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Cognitive Emotion Regulation, Self-mutilation, Soldier.

اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر بهبودی تنظیم شناختی-هیجان در سربازان اقدام‌کننده به خودزنی

کاظم قدرتی شاه توری^۱، امیرمحسن راه‌نجات^{۲*}، پرویز دباغی^۳، ارسیا تقوا^۳، وحید دنیوی^۳، محمدرضا ابراهیمی^۳
فهیمة قهوه‌چی الحسینی^۴

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
^۳ گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
^۴ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای خودزنی در دوره سربازی بعنوان یک دوره مهم و بعضاً پر استرس برای جوانان، تعیین راه‌های پیشگیری و کاهش آن ضروری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر بهبودی تنظیم شناختی-هیجان در سربازان اقدام‌کننده به خودزنی انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی دو گروهی از نوع مداخله‌ای قبل و بعد بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری شامل ۲۰ نفر از سربازان مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران در شهر تهران بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و در ۲ گروه ۱۰ نفری (آزمایش و کنترل در انتظار درمان) تخصیص یافتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان طرحواره‌درمانی هیجانی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در انتظار درمان هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارها شامل سیاهه خودگزارشی خودزنی (ISAS)، پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجان (CERQ)، مقیاس طرحواره هیجانی لیهی (LESS) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته بود.

یافته‌ها: میانگین سن سربازان در گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به ترتیب 19.7 ± 1.6 و 19.5 ± 1.7 سال بود. همه مرد و مجرد بودند. تحلیل نتایج با استفاده تحلیل کوواریانس چندمتغیره حکایت از آن داشت که طرحواره‌درمانی هیجانی به طور معناداری اقدام به خودزنی (۷۵ درصد) را در سربازان دریافت‌کننده مداخله کاهش و تنظیم شناختی-هیجان (۷۶ تا ۸۹ درصد در تمام ابعاد تنظیم شناختی-هیجان) را به طور معناداری در آنان افزایش داده است ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان مراکز مشاوره نظامی پس از طی نمودن دوره‌های آموزشی لازم، رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی را به عنوان یکی از مداخله‌های درمانی اثربخش در درمان و کاهش اقدام به خودزنی در کارکنان پایور و وظیفه به کار بگیرند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی هیجانی، تنظیم شناختی-هیجان، خودزنی، سرباز.

مقدمه

هر ساله حدود چند صد هزار نیروی جوان، وارد سازمان‌های نظامی و انتظامی به عنوان سرباز می‌شوند و این دوره به عنوان مرحله انتقال از دوران نوجوانی و تحصیل به مرحله کار، تولید و مسئولیت‌پذیری، از اهمیت و حساسیت بالایی برخوردار است (۱). در این دوران گاهی برخی از رفتارهای آسیب‌زا مانند اقدام به خودزنی (self-mutilation) در تعدادی از سربازان مستعد یا مبتلا به اختلال‌های روانی به خصوص اختلال‌های طیف افسردگی (Depressive Disorder) و اختلال یا صفات شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder-Traits) رخ می‌دهد یا افزایش می‌یابد (۲).

خودزنی به عنوان یک مشکل جدی و شایع در جمعیت جوان که در همه فرهنگ‌ها وجود دارد، شامل تخریب عمدی بافت‌های بدن است که با هدف غلبه بر آشفتگی‌های هیجانی و کسب آرامش با استفاده از روش‌های مختلف انجام می‌شود و از دید اجتماعی، رفتاری غیرقابل قبول محسوب می‌گردد (۳،۴). بریدن دست‌ها، پاها و قسمت‌های دیگر بدن با چاقو، تیغ، شیشه یا هر شیء تیز دیگر، رایج‌ترین روش‌ها هستند (۵). در واقع، خودزنی روش مقابله‌ای نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، خشم و ناکامی است (۶).

از طرفی دیگر با توجه اهمیت و پیامدهای اقدام به خودزنی، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition -DSM-5)، خودزنی به عنوان تشخیصی مجزا به رسمیت شناخته شده است (۶). بر این اساس معیارهای تشخیصی اولیه برای تشخیص خودزنی شامل وجود ۵ مورد یا بیشتر خودزنی در طول یک سال گذشته و وجود دو مورد از انگیزه‌های زیر است: کاهش استرس، مشکل در مقاومت در برابر تکانه‌های خودزنی، میل بسیار برای اقدام به خودزنی و یا رفتاری که به دلیل کارکردهای شناختی-هیجانی یا اجتماعی انجام می‌شود. اگر افراد این معیارها را نداشته باشند، تشخیص اختلال خودزنی نامشخص دیگر (Not Otherwise Specified) را دریافت می‌نمایند (۷).

براساس نتایج پژوهش‌های موجود بین ۷ تا ۱۴ درصد از جوانان حداقل یک مرتبه به‌طور آگاهانه به خود آسیب می‌زنند (۶). شیوع طول عمر خودزنی ۵/۹ درصد می‌باشد و ۲/۷ درصد آن‌ها بیش از پنج مرتبه خودزنی در طول ۱۲ ماه گذشته داشته‌اند و همچنین شیوع ۱۲ ماهه ۰/۹ درصد می‌باشد (۸). همچنین اوج شیوع این رفتار در سنین بین ۱۶ تا ۲۵ سالگی (۶۰ درصد) است و این که مطالعات مختلف میزان بالاتری از خودزنی را در افراد نسل جوان گزارش کرده‌اند (۹،۱۰) که این میزان تقریباً با دوره خدمت سربازی مصادف است. ناتوانی در سازگاری با محیط و شرایط خدمت سربازی و نظامی در این دوره باعث تشدید این پدیده در سربازان

مستعد یا مبتلا به بیماری‌های روانی می‌شود (۸). میزان رفتارهای خودزنی در نمونه‌های نظامی نسبت به غیرنظامی بیشتر است (۱۱). نتایج مطالعه‌ای در ایران روی سربازان نشان داد که ۶۳/۳ درصد از سربازان و ۶/۷ درصد از گروه شاهد سابقه خودزنی داشتند که به طور کلی ۷۸،۹ درصد از افراد سابقه خودزنی داشتند (۱۰). در مطالعه‌ای دیگر در ایران، میزان خودزنی در بین سربازان ۵/۷ و ۸/۷ درصد گزارش شده‌است (۱۲). در مطالعه‌ای روی سربازان ارتش آمریکا، نتایج حکایت از آن داشت که شیوع طول عمر خودزنی در سربازان فعال ۶/۳ درصد (شیوع ۱۲ ماهه ۱/۲ درصد) و در سربازان جدیدالورود ۷/۹ درصد (شیوع ۱۲ ماهه ۱/۳ درصد) بود (۱۳). شیوع خودزنی در ارتش بریتانیا بین ۱-۵/۶ درصد در مقایسه با ۴/۹ درصد جمعیت عمومی تخمین زده شده است و در مطالعه‌ای در این زمینه شیوع کلی خودزنی در ارتش بریتانیا انجام شد، شیوع کلی خودزنی ۲/۳ درصد گزارش شد (۱۴). در یک مطالعه گذشته‌نگر که روی ۵۶۲۰۵ نفر سرباز اسکاتلندی متولد شده بین سال‌های ۱۹۴۵-۱۹۸۵ و ۱۷۲۷۴۱ نفر فرد عادی انجام شد، نتایج حاکی از ۱۶۲۰ مورد خودزنی (۲/۹۰ درصد) در سربازان در مقایسه با ۴۲۱۲ مورد (۲/۴۵ درصد) در افراد عادی بود (۱۵).

بنابراین با توجه به پیامدهای بسیار نامطلوب خودزنی به‌خصوص در جامعه نظامی، مطالعات زیادی در زمینه سبب‌شناسی این موضوع انجام شده است. بر اساس نتایج برخی از بررسی‌ها، یکی از مشکلاتی که افراد اقدام‌کننده به خودزنی با آن مواجهه هستند، نقص در تنظیم شناختی-هیجان می‌باشد. تنظیم شناختی-هیجان، نشان‌دهنده طیف فرایندهایی است که از طریق آن افراد می‌توانند طبیعت، نوسان، و طول مدت هیجانات را تغییر دهند (۱۶). در مطالعات مهدیه و همکاران (۱۶)، حسنی و میرآقایی (۱۷)، Garnefski و همکاران (۱۸)، قادری و تقوا (۱۹)، قاسمی‌نواب و همکاران (۲۰) و Rajappa و همکاران (۲۱) مهم‌ترین علل برای خودزنی، افزایش واکنش‌دهی هیجانی در دوره جوانی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و اختلال در مهارت‌های تنظیم شناختی-هیجانی برشمرده شده است. اگرچه افراد خودزن به دلایل مختلفی در این رفتار درگیر می‌شوند ولی شایع‌ترین هدف این افراد، تنظیم عاطفه منفی می‌باشد (۲۲). به علاوه این که Fleischhaker و همکاران (۲۳) و Joseph Tighe و همکاران (۲۴) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر تنظیم شناختی-هیجانی موجب کاهش اقدام به خودزنی می‌شوند.

بنابراین با توجه به نقش مهم و اساسی راهبردهای تنظیم شناختی-هیجان‌سازگار در اقدام خودزنی و روند رو به افزایش این نوع رفتارهای آسیب‌زا در بین قشر جوان و به‌خصوص سربازان، اهمیت شناسایی درمان‌های مخصوص خودزنی بیش از گذشته آشکار و محسوس می‌باشد. در این راستا طرحواره‌درمانی هیجانی (Emotional Schema) یکی از رویکردهای نوظهوری است که در حوزه مسایل و مشکلات هیجانی ادعای اثربخشی و درمان دارد

واقع شود (۲۸،۳۸).

با عنایت به میزان شیوع نسبتاً بالای خودزنی در بین سربازان، وجود حجم زیاد مراجعین مبتلا به این اختلال به مراکز درمانی نظامی و این که اقدام به خودزنی میان سربازان در هر وسعت و اندازه‌ای، آثار منفی روانی و اجتماعی به دنبال دارد و برای نظام سلامت کشور و توان رزم نیروهای مسلح، معضل جدی محسوب می‌شود و از طرف دیگر ممکن است برخی فرماندهان و مسئولین به دنبال خودزنی در سربازان، به منظور پیشگیری از موارد بعدی، امتیازات نابجایی به آنان اختصاص دهند که این اقدام، احتمالاً موجب افزایش بروز خودزنی در سطح یگان می‌شود. لذا انجام مداخلات صحیح در سطح یگان‌های نظامی از طریق مراکز مشاوره می‌تواند آشکارا اقدام به خودزنی را تعدیل یا از بین ببرد (۳۹). به علاوه این که طرحواره‌درمانی هیجانی (EST) رویکرد نوظهوری است که مفهوم‌سازی متفاوتی از شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های هیجانی به‌ویژه خودزنی ارائه می‌کند ولی با این حال هنوز شواهد پژوهشی محکمی در مورد اثربخشی راهبردهای درمانی برآمده از این مدل مفهومی به‌ویژه در زمینه بیماران اقدام‌کننده به خودزنی در دسترس نیست. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر بهبودی تنظیم شناختی - هیجان در سربازان اقدام‌کننده به خودزنی و در نتیجه کاهش تعداد موارد خودزنی در آن‌ها انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی دو گروهی از نوع مداخله‌ای قبل و بعد بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سربازان مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان فوق‌تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۸ بودند که در پرونده روان‌پزشکی آن‌ها سابقه خودزنی وجود داشت و به صورت نمونه در دسترس انتخاب و با استفاده از گزینش تصادفی ساده اجرا شد. به این دلیل از نمونه در دسترس استفاده شد چون سربازان اقدام‌کننده به خودزنی جهت دریافت درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی به بیمارستان تخصصی ۵۰۵ ارتش اعزام می‌شدند. پژوهشگر برای تشکیل گروه‌ها با استفاده از روش نمونه‌برداری تصادفی ساده، مشارکت‌کنندگان را در گروه‌ها جایگزین نمود. برای محاسبه حجم نمونه در این پژوهش از فرمول زیر استفاده شد:

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) \left(\frac{Z_\alpha + Z_\beta}{2} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

در این فرمول α : خطای نوع اول، β : خطای نوع دوم و Z نقاط درصدی بالای توزیع نرمال و $\mu_1 - \mu_2$ تفاوت میانگین مورد انتظار محقق در دو گروه مورد بررسی محقق و σ_1^2 واریانس گروه اول و σ_2^2 واریانس گروه دوم می‌باشد. عموماً میزان α را برابر با

و Robert Leahy در سال ۲۰۰۲ بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراشناختی هیجان‌ات، آن را ارایه کرد (۲۵،۲۶). این نظریه بر این اصل استوار است که طرحواره و نگرش نسبت به هیجان ممکن است باعث تغییرات متفاوتی در فرد شود (۱۷). طرحواره درمانی هیجانی (Emotion Schema Therapy-ECT)، یک رویکرد درمانی فراشناختی است که اخیراً در فرمول‌بندی و درمان آسیب‌های روان‌شناختی مطرح شده است و به چگونگی مفهوم‌سازی، ادراک و راهبردهای پاسخ‌دهی افراد به هیجان‌های خود اشاره دارد. این الگوی درمانی حاصل ترکیب مدل درمان فراشناختی Wells و درمان هیجان‌مدار Greenberg است که لپهی برای درمان مشکلات هیجانی تدوین کرد (۲۷). این که طرحواره‌درمانی هیجانی چگونه با این چالش‌ها مواجه می‌شود، به سازوکارهای موجود در این درمان برمی‌گردد، این سازوکارها شامل شناسایی طرحواره‌های هیجانی بیمار و تعدیل آن‌ها، شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی - هیجان ناسازگار و جایگزینی راهبردهای تنظیم شناختی - هیجان سازگارانه‌تر و تعدیل آن‌ها، توجه به هیجان‌ات بیمار و استفاده از آن‌ها به عنوان عاملی برای عمیق‌تر کردن درمان، اهمیت دادن به رابطه درمانی، تعهد کامل به دستور جلسه و ساختار درمان است (۲۷). طرحواره‌درمانی هیجانی در همین راستا تلاش می‌کند تا در موارد زیر به بیمار کمک کند: شناسایی و افتراق انواع گوناگون هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارتباطات بین فردی و نیازهای شخصی، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحواره‌هایی که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان، از آنها استفاده می‌کند، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و ترتیب دادن آزمایش‌های هیجانی جهت ارائه پاسخ‌های مفیدتر به هیجان، ایجاد راهبردها و باورهای جدید، انعطاف‌پذیر و انطباقی‌تر نسبت به تجربه هیجانی (۲۸).

پژوهش‌هایی که تاکنون در حوزه طرحواره‌درمانی هیجانی صورت گرفته‌اند، حاکی از اثر بخشی این مدل درمانی در جامعه غیرنظامی می‌باشند مانند پژوهش نادری و همکاران (۲۶)؛ پژوهش رضایی و همکاران (۲۷)؛ پژوهش رضایی و همکاران (۲۹)؛ پژوهش خالقی و همکاران (۳۰)؛ پژوهش مرواریدی و همکاران (۳۱)؛ پژوهش عرفان و همکاران (۳۲)؛ پژوهش رضایی و همکاران (۳۳)؛ پژوهش کیانی‌پور و همکاران (۳۴)؛ دانشمندی و همکاران (۳۵)؛ قدم‌پور و همکاران (۳۶) و محمدی و همکاران (۳۷) که اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی را در درمان اختلالاتی چون اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب فراگیر، افسردگی، سندرم روده تحریک‌پذیر، اختلال وحشت‌زدگی، کودک آزاری، اضطراب اجتماعی و دشواری تنظیم هیجان نشان دادند. از آنجا که مطالعات لپهی، نشان داده است که طرحواره‌درمانی هیجانی به طور فعال موجب کاهش افسردگی می‌شود، می‌توان انتظار داشت که طرحواره‌درمانی هیجانی نیز بتواند در کاهش شدت خودزنی موثر

با این ۳۵ نفر، تعداد ۲۴ نفر از آنها در جلسه توجیهی اولیه به صورت انفرادی، شرکت نمودند تا با اهداف طرح و شرایط اجرایی آن آشنا شوند. در این جلسه درمانگر ضمن برشمردن اهداف طرح و شرایط شرکت در آن، اقدام به اجرای بخش مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 نمود. در پایان جلسه توجیهی ضمن پاسخ به پرسش‌های آن‌ها، در صورتی که تمایل به شرکت در طرح داشتند و از شرایط لازم طبق ملاک‌های ورودی و خروجی تعریف شده برخوردار بودند، ثبت نام به عمل آمد. همچنین در جلسه مذکور برای مشارکت‌کننده توضیح داده می‌شد که هدف اصلی طرح مذکور، کمک به آنها جهت کاهش یا توقف علائم بیماری آنها می‌باشد و طرح مورد نظر هیچ نفعی برای آنها در زمینه معافیت و... ندارد. در نهایت از بین ۳۵ نفر، تعداد ۲۴ نفر تمایل نهایی‌شان را برای شرکت در طرح مذکور اعلام داشتند و از شرایط لازم برای شرکت در طرح برخوردار بودند. از دلایلی که ۱۱ نفر در این مرحله ریزش داشتند، می‌توان به موارد ذیل اشاره داشت: نداشتن ملاک‌های ورودی تعریف شده و برخوردارگی از شرایط خروج از طرح منجمله بعد مسافت، اعتیاد به مواد مخدر، برخوردارگی از انگیزه‌های غیردرمانی من جمله معافیت و مرخصی، مشکلات خدمتی تاثیرگذار بر فرایند درمان مانند خدمت در یگان‌های خارج از شهر تهران و عدم همکاری یگان برای اعزام مجدد، عدم پاسخ به تماس تلفنی. همچنین در این مرحله تمامی مشارکت‌کنندگان اقدام به تکمیل "فرم رضایتنامه شرکت در طرح پژوهشی- درمانی" نمودند و همچنین درمانگران ضمن توضیح اهداف پژوهش به مراجعان اطمینان از رازداری و محرمانه بودن اطلاعات کسب شده را ارائه نمودند. لازم به ذکر است با توجه به جدی بودن اقدام به خودزنی و پیامدهای آن و به دلیل منع اخلاقی و قانونی، هر دو گروه از دارو استفاده نمودند.

تعداد جلسه‌های درمان ۱۰ جلسه بود که ۲ مرتبه در هفته در روزهای دوشنبه و چهارشنبه برگزار گردید. در تنظیم برنامه زمان‌بندی حضور مشارکت‌کننده در جلسه درمان، سعی می‌شد که برنامه مذکور متناسب با برنامه زمانی پیشنهادی مشارکت‌کننده باشد. طول جلسات اولیه ۹۰ دقیقه بود و پس از آن که سرباز موفق به اجرای موثر فنون شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی و پذیرش و ذهن‌آگاهی می‌شد، مدت جلسات درمانی می‌توانست به ۳۰ تا ۴۰ دقیقه کاهش یابد. درمان همچنین شامل ارائه تکالیف خانگی به مشارکت‌کننده در پایان هر جلسه بود. لازم به ذکر است که ۱۰ نفر از ۱۲ نفر مشارکت‌کنندگان گروه آزمایشی، موفق به اتمام درمان شدند و در مرحله اجرای پس‌آزمون شرکت نمودند. همچنین ۱۰ نفر از ۱۲ نفر از مشارکت‌کنندگان گروه کنترل در انتظار درمان در مرحله پس‌آزمون شرکت نمودند. لازم به ذکر است که پروتکل طرحواره‌درمانی هیجانی با اندکی تغییرات توسط چند نفر از اساتید آشنا با طرحواره‌درمانی هیجانی تایید شد (جدول ۱- (۲۸).

β را برابر ۰/۱ و α ۰/۵ در نظر می‌گیرند که متناسب با آن با استفاده از جدول توزیع نرمال مقادیر $Z_{0.025}$ برابر با ۱/۹۶ و $Z_{0.1}$ برابر با ۱/۲۸ و $\left(Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta}\right)^2 = (1.96 + 1.28)^2 = 10.49$ می‌گردد. با فرض اینکه $\sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma^2$ و استفاده از شاخص اندازه اثر با استفاده از فرمول Cohen که برابر با $d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$ می‌باشد، فرمول بالا به فرم زیر تبدیل می‌گردد (۴۰):

$$n = \frac{2 \left(Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta} \right)^2}{d^2} = \frac{2 \times 6/05}{1.1^2} = \frac{12.10}{1.21} = 10$$

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوهن و با توان آزمون ۰/۹۸ در سطح ۰/۵ درصد و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۵ که یک اندازه اثر بالا می‌باشد و با استفاده از محاسبات، برابر با ۱۰ نمونه در هر گروه محاسبه گردید. که با احتساب ۲ گروه، در کل ۲۰ نمونه در این مطالعه در نظر گرفته شد. اما با توجه به ریزش نمونه‌ها و احتمال عدم همکاری سربازان، تعداد ۲ نفر اضافه در هر گروه در نظر گرفته شد. شرکت‌کنندگانی که دارای ملاک‌های شرکت در پژوهش بودند به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل در انتظار درمان جایگزین شدند. در نتیجه تعداد ۲۴ نفر وارد این مرحله شدند. از این تعداد، ۱۲ نفر به گروه آزمایشی یعنی گروه دریافت‌کننده طرح‌واره‌درمانی هیجانی و تعداد ۱۲ نفر به گروه کنترل در انتظار درمان اختصاص یافتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- اشتغال به خدمت سربازی در یکی از پادگان‌ها و یگان‌های ارتش جمهوری اسلامی ایران در شهر تهران، ۲- داشتن ملاک‌های تشخیصی خودزنی حداقل ۵ مرتبه در طی یک سال گذشته به تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5، ۳- عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان با انجام پژوهش، ۴- داشتن سواد خواندن و نوشتن و ۵- برخوردارگی از انگیزه بالا و تمایل به منظور کاهش یا توقف علائم بیماری‌شان از طریق مداخلات روان‌شناختی طرح مورد بحث و معیارهای خروج به مطالعه شامل: ۱- ابتلاء به اختلال‌های روانی شدید و مشکل هوشی بر اساس مصاحبه بالینی و مشکلات جسمانی شدید، ۲- داشتن انگیزه‌های غیردرمانی (کسب نفع ثانویه مانند معافیت یا مرخصی)، ۳- وجود مشکلات خدمتی شدید تاثیرگذار بر فرایند درمان مانند ممانعت فرماندهان جهت حضور در درمان و ۴- اعتیاد به مواد مخدر بود.

فرایند اجرای پژوهش در این مطالعه پس از تصویب طرح توسط شورا پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران و اخذ کد اخلاق و مراجعه به بیمارستان فوق تخصصی روان-پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران و شرح اهداف و جلب مشارکت مسئولین و تیم درمان روان‌پزشکی، از ۳۵ نفر از سربازانی که تمایل اولیه‌شان را برای شرکت در طرح مورد بحث اعلام داشته، ثبت نام به عمل آمد. پس از تماس تلفنی مجدد

در این مطالعه از ابزارهای ذیل برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید.

سیاهه خودگزارشی خودزنی کلونسکی (Inventory OF Statements About Self-injury):

این سیاهه که یک ابزار خود گزارشی است و فراوانی و عملکرد رفتارهای آسیب‌رسان به قصد غیرخودکشی را ارزیابی می‌کند، توسط Klonsky در سال ۲۰۰۹ طراحی شده و از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول پرسشنامه فراوانی نوع متفاوت رفتارهای خودآسیب‌رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه قصد، خودکشی انجام می‌شوند شامل: کوبیدن/ زدن، گاز گرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بریدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فروکردن سوزن در بدن و خوردن مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می‌کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگی‌های توصیفی رفتارهای آسیب‌رسان غیر خودکشی‌گرا مانند: تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خودآسیب‌رسانی را ارزیابی می‌کند. پایایی به روش بازآزمایی این بخش توسط کلونسکی در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته‌ای ($r=0/85$) به دست آمده است (۴۱). همچنین همسانی درونی بین سوال‌های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/84$ به دست آمده است. بخش دوم شامل ۳۶ سوال در مقیاس لیکرت که انگیزه‌ها و کارکردهای خودجرحی بدون قصد خودکشی را می‌سنجد. بخش دوم دارای دو عامل کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضدگستگی، ضدخودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و بین فردی (استقلال، حریم‌های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان‌خواهی و سرسختی) است و ۱۳ نوع کارکرد را می‌سنجد. پرسش‌های مرتبط با هر خرده‌مقیاس را از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره‌های که شرکت‌کننده در هر مقیاس به دست می‌آورد ۶ می‌باشد. همچنین میانگین نمره مقیاس‌های کلی از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها بر تعداد آن‌ها به دست می‌آید. بخش کارکردی پرسشنامه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است. بخش کارکردی سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی نشان می‌دهد (آلفای کرونباخ کارکرد درون فردی $0/89$) و بخش بین-فردی ($0/75$) (۲). در پژوهشی که توسط Glenn و Klonsky انجام شد، ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی یک سال برای عوامل درون فردی $0/60$ و برای عوامل بین فردی $0/82$ گزارش شده است و نشان داده شده است نمره شرکت‌کنندگان در این مقیاس با مقیاس‌های بالینی سنجش نشانه‌های شخصیت مرزی، خودکشی، افسردگی و اضطراب همبستگی دارد (۴۲). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون در پژوهش خانی‌پور، برجلی و فلسفی‌نژاد $0/94$ به دست آمده است (۴۳). در مطالعه صفاری‌نیا و همکاران پایایی این پرسشنامه روی یک نمونه ۴۰ نفری از طریق آلفای کرونباخ $0/76$ به دست آمد (۳).

پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجان (cognitive

emotion regulation questionnaire): این پرسشنامه که یک پرسشنامه خودسنجی است در سال ۲۰۰۱ توسط Garnefski و همکاران طراحی شده است (۴۴). ساختار این پرسشنامه چند بعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. در مقایسه با دیگر پرسشنامه‌های مقابله‌گری که تفاوتی میان تفکرات و اعمال افراد قائل نیستند، این پرسشنامه منحصرأً به تفکرات اشخاص بعد از تجارب منفی می‌پردازد. نسخه اصلی این پرسشنامه با ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیزپنداری، سرزنش دیگران) دارای ۳۶ ماده است که جمع کل نمرات می‌تواند در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ نمره قرار گیرد (۴۵). سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت $0/91$ ، راهبردهای منفی $0/87$ و کل پرسشنامه $0/93$ محاسبه کرده‌اند (۴۶). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط بشارت و حسنی با ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از $0/67$ تا $0/69$ اعتباریابی شد، ویژگی‌های روان‌سنجی این فرم، شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مطلوب گزارش شده است (۴۷). یوسفی اعتبار و پایایی این مقیاس را در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار داده است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/81$ به دست آمده است. ضریب اعتبار این پرسشنامه در مطالعه یوسفی با مقیاس افسردگی $0/35$ و با مقیاس اضطراب $0/37$ می‌باشد (۴۸). همچنین در مطالعه حسنی و میرآقایی روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجان براساس دآوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای خرده‌مقیاس‌ها از $0/81$ تا $0/92$ گزارش شده است و نهایتاً با مد نظر قرار دادن روایی ملاکی، زیرمقیاس‌های نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی - هیجان به صورت خاص با علایم افسردگی همبسته بودند (۱۷). در این مطالعه از پرسشنامه ۲۶ سوالی امین‌آبادی و همکاران استفاده شد. پایایی کل پرسشنامه در مطالعه امین‌آبادی و همکاران برابر با $0/70$ به دست آمده است، و همچنین این پرسشنامه بعداز تحلیل عاملی، ۹ مولفه به ۴ مولفه کاهش یافت. خرده‌مقیاس اول سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری شامل ۱۲ سوال (حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره ۶۰)، مقیاس دوم کنارآمدن و پذیرش شامل ۶ سوال (حداقل نمره ۶ و حداکثر نمره ۳۰)، مقیاس سوم مثبت‌اندیشی شامل ۵ سوال (حداقل نمره ۵ و حداکثر نمره ۲۵) و مقیاس چهارم سرزنش دیگران شامل ۴ سوال (حداقل نمره ۴ و حداکثر نمره ۱۶) می‌باشد (۴۹).

مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (leahy

emotional schema scale): مقیاس طرحواره‌های هیجانی توسط Leahy بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی خود، در سال

و سابقه فرار و نهست، تعداد موارد اقدام به خودزنی، نواحی آسیب‌دیده از طریق اقدام به خودزنی، یگان خدمتی، شهر محل تولد، وضعیت اقتصادی، مشکلات خانوادگی و مالی، حمایت اجتماعی، سابقه استفاده از خدمات روان‌درمانی و مشاوره و سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی در زمان پژوهش، طراحی شده بودند.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: در این پژوهش جهت بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای وابسته از شاخص‌های آماری چون فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و به منظور بررسی همسان بودن گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای مورد بحث، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. به دلیل نیاز به استفاده از آزمون‌های پارامتریک به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون پارامتریک لوین، مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی فرضیه‌های این مطالعه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گردید.

ملاحظات اخلاقی: برای رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا رضایت مشارکت‌کنندگان جلب شد و اهداف شرح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند. محرمانه بودن اطلاعات شخصی با کدگذاری پرسشنامه‌ها حفظ گردید. مرحله تکمیل پرسشنامه‌ها و حضور در جلسات درمانی به صورت داوطلبانه بود و از همه شرکت‌کنندگان به صورت کتبی رضایت‌نامه اخذ گردید. همچنین پس از پایان پس آزمون، برای حفظ اصول اخلاقی جلسات درمان برای گروه کنترل نیز برگزار گردید. این طرح مصوب دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش با کد مصوبه اخلاق در پژوهش IR.IAU.PS.REC.1397.030 در تاریخ ۱۱ شهریور ۱۳۹۷ تصویب شده است

۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است (۵۰). این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه- ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. خرده‌مقیاس‌های اندازه‌گیری شده توسط این پرسشنامه عبارتند از: نشخوار فکری، خودآگاهی هیجانی، گناه، ابراز احساسات، غیرقابل کنترل بودن، تاییدطلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجان‌ات، ارزش‌های والوتر، پذیرش هیجان‌ات و توافق (۵۱). از آنجا که برخی ابعاد طرحواره‌های ناسازگار را می‌سنجد لذا نمره کلی وجود ندارد و نمرات هر بعد جداگانه محاسبه می‌شود. در این مقیاس افراد دیدگاه خود را درباره ۵۰ عبارت و در یک مقیاس ۶ گزینه‌ای بین ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) ابراز می‌دارند. هر یک از این ابعاد بین ۲ تا ۷ عبارت را در خود گنجانده است (۳۵). در مطالعه‌ای که روی ۱۲۸۶ شرکت‌کننده بر اساس فرم اصلی این مقیاس انجام شد، همسانی درونی بالایی به میزان ۰/۸۰ گزارش شده است (۵۲). نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد. به طور کلی نتایج به دست آمده از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است (۲۶). لیهی گزارش کرده که روایی همگرایی بین این مقیاس و پرسشنامه افسردگی بک وجود دارد (۵۳). در مطالعه حسنی و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمده است (۵۴).

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته:

این پرسشنامه توسط محقق برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن، ترتیب تولد، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، سابقه بازداشت

جدول-۱. خلاصه طرحواره درمانی هیجانی

جلسه اول	۱- تدوین مفهوم‌سازی موردی، ۲- معرفی مدل و آماده‌سازی ۳- آشناسازی، ارائه منطق درمان ۴- تعیین اهداف درمان، ۵- شناسایی هیجان‌ها ۶- تمایز میان افکار و احساسات
جلسه دوم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- نحوه پذیرش احساسات سخت، ۳- بررسی هیجان‌ها به عنوان اهداف، ۴- فضا سازی برای هیجان، ۵- بالارفتن از نردبان مفاهیم
جلسه سوم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- بررسی میزان پیشرفت مشارکت‌کننده در زمینه پذیرش احساسات سخت، ۳- اعتباریابی هیجان‌ها، ۴- ارائه تکلیف خانگی در زمینه اعتباریابی.
جلسه چهارم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- شناسایی باورهای غلط هیجانی، ۳- ارائه نظریه و الگویی از هیجان ۴- ارائه آموزش‌هایی در مورد عملکرد هیجان و نحوه شناسایی هیجان‌ها.
جلسه پنجم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- چالش با باورهای غلط هیجانی شناسایی شده، ۳- آزمایش‌های برای آزمودن باورهای غلط هیجانی ۴- ارائه تکلیف خانگی در زمینه چالش باورهای غلط هیجانی.
جلسه ششم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- ارائه تکنیک ذهن آگاهی گسلیده، ۳- ارائه تکنیک‌های کاهش استرس، ۴- شناسایی راهبردهای دردسرساز و کمک برای رها ساختن آنها ۵- ارائه تکلیف خانگی در زمینه ذهن آگاهی و کاهش استرس.

جلسه هفتم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- ارائه تکنیک‌های پذیرش و خواست، ۳- تکنیک همجوشی‌زدایی، ۴- ادامه چالش با باورهای غلط هیجانی و ۵- ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- ارائه تکنیک‌های ذهن‌آموزی دلسوزانه، ۳- پرداختن به طرح‌واره‌های هیجانی مداخله در پذیرش و تجربه هیجان دردناک و چالش آن‌ها و ۴- ارائه تکلیف خانگی در زمینه ذهن‌آموزی دلسوزانه
جلسه نهم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- تقویت پردازش هیجانی، ۳- چالش با باورهای غلط هیجانی باقی‌مانده و ۴- ارائه تکلیف خانگی در زمینه تقویت پردازش هیجان.
جلسه دهم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- بازسازی شناختی، ۳- برنامه‌ریزی جلسات تقویتی و ۴- ارائه تکلیف خانگی در زمینه مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان و پیشگیری از عود.

نتایج

سرزنش دیگران در گروه آزمایش (۱۲/۹۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۰/۹۰) به دست آمد و اما نمرات مولفه‌ها در پس‌آزمون برای مولفه سرزنش خود/فاجعه‌آمیزپنداری در گروه آزمایش (۲۶/۴۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۴۹/۸۰) و برای مولفه کنارآمدن و پذیرش در گروه آزمایش (۲۳/۵۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۴/۱۰) و برای مولفه مثبت‌اندیشی در گروه آزمایش (۲۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۲/۲۰) و برای مولفه سرزنش دیگران در گروه آزمایش (۵/۹۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۲/۲۰) به دست آمد. به بیان دیگر با مشاهده میانگین‌های مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان، این نتیجه به دست می‌آید که مداخله طرح‌واره درمانی هیجانی موجب کاهش سرزنش خود و سرزنش دیگران و همچنین موجب افزایش مثبت‌اندیشی و کنارآمدن و پذیرش در سربازان اقدام‌کننده به خودزنی در گروه آزمایش شده است.

جدول ۴- نتایج به دست آمده از مقایسه میانگین نمره‌های مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان مشارکت‌کنندگان هر دو گروه را با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد. در تمام ابعاد مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان تفاوت میان گروه‌ها (آزمایش و کنترل در انتظار درمان) از نظر آماری معنادار است ($P < .01$). بنابراین می‌توان وجود اختلاف بین گروه‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان) را در پس‌آزمون در ابعاد مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان پذیرفت. همچنین میزان این تأثیر مداخله برای عضویت گروهی برای سرزنش خود/ فاجعه-آمیزپنداری (۸۹ درصد)، برای کنارآمدن و پذیرش (۸۳ درصد)، برای مثبت‌اندیشی (۸۳ درصد) و برای سرزنش دیگران (۷۶ درصد)، است. به عبارت دیگر مشارکت‌کنندگانی که در گروه آزمایش بودند از ۷۶ درصد تا ۸۹ درصد در مقایسه با گروه کنترل در انتظار درمان، بهبودی در مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان داشته‌اند.

جدول ۵- نشان‌دهنده میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش-آزمون و پس‌آزمون تعداد موارد خودزنی در گروه‌های مطالعه است. همانطوریکه مشاهده می‌شود میانگین تعداد موارد خودزنی در انتظار درمان (۵۰/۲۰) می‌باشد و در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش (۰/۴۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۱/۳۰) بدست آمد.

میانگین سن در گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به ترتیب ۱۹/۷۰ و ۱۹/۵۰ بود تمام شرکت‌کنندگان مرد و مجرد بودند. ۲۰ درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدرک زیردیپلم و ۸۰ درصد دارای مدرک دیپلم بودند. همچنین از لحاظ سابقه درمان‌های روان‌شناختی، فقط ۲۰ درصد مشارکت‌کنندگان گروه دریافت‌کننده درمان و ۳۰ درصد مشارکت‌کنندگان گروه کنترل در انتظار درمان، سابقه درمان‌های روان‌شناختی را داشتند. سابقه اقدام به خودکشی نیز بررسی شد که ۹ نفر (۹۰ درصد) از گروه آزمایش سابقه اقدام به خودکشی داشتند که بیشترین آن ۳ بار اقدام به خودکشی بوده و همچنین در گروه کنترل در انتظار درمان، ۸ نفر (۸۰ درصد) از مشارکت‌کنندگان سابقه اقدام به خودکشی داشتند که بیشترین آن ۴ بار اقدام به خودکشی بوده‌است. به‌طورکلی ۸۵ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه سابقه اقدام به خودکشی داشتند و همچنین ۹۰ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه قبل از خدمت سربازی سابقه خودزنی داشته‌اند. تعداد موارد خودزنی در یک سال بررسی شد که مشخص شد افراد گروه کنترل در انتظار درمان تعداد موارد خودزنی بیشتری داشتند و کمترین تعداد خودزنی ۷ مورد بوده و بیشترین ۱۳۵ مورد بوده و همچنین در گروه آزمایش که کمترین ۵ مورد بوده و بیشترین ۱۱۰ مورد بوده که در کل می‌توان نتیجه گرفت که تعداد موارد خودزنی در دو گروه بسیار بالا بوده است.

جدول ۲- نشان‌دهنده نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس متغیرهای وابسته (مولفه‌های تنظیم شناختی-هیجان) در گروه‌های مورد مطالعه می‌باشد. بر اساس نتایج حاصل از آزمون لوین، فرض تساوی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های تحت مطالعه تایید شد.

جدول ۳- نشان‌دهنده میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش-آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان در گروه‌های مطالعه است. همانطوریکه مشاهده می‌شود نمره مولفه سرزنش خود/فاجعه‌آمیزپنداری در پیش‌آزمون در گروه آزمایش (۴۲/۱۰) و در گروه کنترل در انتظار درمان (۴۹/۱۰) و برای مولفه کنارآمدن و پذیرش در گروه آزمایش (۱۶/۲۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۶/۴۰) و برای مولفه مثبت‌اندیشی در گروه آزمایش (۱۴/۵۰) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۴/۳۰) و برای مولفه

می‌توان وجود اختلاف بین گروه‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان) را در پس‌آزمون در موارد خودزنی پذیرفت. همچنین میزان این تأثیر مداخله برای عضویت گروهی برای موارد خودزنی، ۷۵ درصد است. به عبارت دیگر مشارکت‌کنندگانی که در گروه آزمایش بودند ۷۵ درصد در مقایسه با گروه کنترل در انتظار درمان، کاهش تعداد موارد خودزنی داشته‌اند.

جدول-۶ نشان‌دهنده مقایسه میانگین موارد خودزنی در گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره می‌باشد. جدول-۶ نشان می‌دهد که در تعداد موارد خودزنی تفاوت میان گروه‌ها (آزمایش و کنترل در انتظار درمان) از نظر آماری معنادار است ($P < 0.01$). بنابراین

جدول-۲. آزمون لوین، پیش‌فرض تساوی واریانس ابعاد مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان در گروه‌های مطالعه

متغیرها	ارزش F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معناداری P
سرزنش خود/فاجعه‌آمیز پنداری	۱/۷۰۳	۱	۱۸	۰/۲۰۸
کنار آمدن و پذیرش	۰/۳۰۰	۱	۱۸	۰/۵۹۱
مثبت‌اندیشی	۰/۰۱۵	۱	۱۸	۰/۹۰۵
سرزنش دیگران	۰/۲۱۶	۱	۱۸	۰/۶۴۸

جدول-۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان در گروه‌های مورد مطالعه

مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان	گروه					
	آزمایش		کنترل		جمع	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرزنش خود/فاجعه‌آمیز پنداری	۴۲/۱۰	۴/۹۹	۴۹/۱۰	۴/۴۳	۴۵/۶۰	۵/۸۳
کنار آمدن و پذیرش	۱۶/۲۰	۱/۹۳	۱۶/۴۰	۳/۴۳	۱۶/۳۰	۲/۷۱
مثبت‌اندیشی	۱۴/۵۰	۲/۱۲	۱۴/۳۰	۱/۸۸	۱۴/۴۰	۱/۹۵
سرزنش دیگران	۱۲/۹۰	۱/۳۷	۱۰/۹۰	۲/۳۳	۱۱/۹۰	۲/۱۲
سرزنش خود/فاجعه‌آمیز پنداری	۲۶/۴۰	۴/۵۷	۴۹/۸۰	۳/۳۲	۳۸/۱۰	۱۲/۶۲
کنار آمدن و پذیرش	۲۳/۵۰	۲/۳۲	۱۴/۱۰	۳/۰۷	۱۸/۸۰	۵/۵۰
مثبت‌اندیشی	۲۰	۲/۵۳	۱۲/۲۰	۲/۷۴	۱۶/۱۰	۴/۷۵
سرزنش دیگران	۵/۹۰	۱/۸۵	۱۲/۲۰	۱/۹۸	۹/۰۵	۳/۷۳

جدول-۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت میانگین نمره‌های مهارت‌های تنظیم شناختی- هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان

وضعیت	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
سرزنش خود/فاجعه-آمیز پنداری	۱	۲۳۲۱/۶۳۱	۱۳۷/۵۷۷	۰/۰۰۱ (***)	۰/۸۹	۱
کنار آمدن و پذیرش	۱	۴۷۲/۳۲۲	۸۲/۱۵۲	۰/۰۰۱ (***)	۰/۸۳	۱
مثبت‌اندیشی	۱	۳۵۵/۲۴۱	۸۱/۰۲۳	۰/۰۰۱ (***)	۰/۸۳	۱
سرزنش دیگران	۱	۱۹۵/۷۸۸	۵۵/۰۶۰	۰/۰۰۱ (***)	۰/۷۶	۱

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون موارد خودزنی در گروه‌های مطالعه

آزمون	گروه			
	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۳۹/۵۰	۳۷/۷۷۸	۵۰/۲۰	۴۰/۹۹۳
پس آزمون	۰/۴۰	۰/۶۹۹	۱۱/۳۰	۴/۸۷۷

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین موارد خودزنی در گروه‌های آزمایش و کنترل

وضعیت	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
اثر پیش آزمون	۱	۱۶/۱۲۷	۱/۳۵۵	۰/۲۶۱	۰/۰۷۴	۰/۲۰
عضویت گروهی	۱	۶۰۹/۹۰۳	۲۳۴/۵۱	۰/۰۰۱(**)	۰/۷۵	۱

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱

بحث

نتایج تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که بین دو گروه شرکت‌کننده در این مطالعه تفاوت معناداری در زمینه بهبودی تنظیم شناختی - هیجان وجود داشت که این تفاوت حاکی از تأثیرگذاری مداخله درمانی روی متغیرهای وابسته مورد بحث می‌باشد.

بر این اساس، با مرور پیشینه پژوهش، تاکنون پژوهشی یافت نشد که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی را بر روی خودزنی بررسی کرده باشد ولی به طور کلی یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با نتایج مطالعات مهدیه و همکاران (۱۶)، حسنی و میرآقایی (۱۷)، Garnefski و همکاران (۱۸)، قادری و تقوا (۱۹)، قاسمی‌نواب و همکاران (۲۰) و Rajappa و همکاران (۲۱) که همگی اشاره به نقش راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی - هیجان در اقدام به خودزنی داشتند، و همچنین با نتایج مطالعات نادری، مرادی، حسنی و نوحی بر روی راهبردهای نظم‌جویی شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (۲۶)؛ رضایی و همکاران بر اجتناب شناختی-رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر (۲۷)؛ رضایی و همکاران بر شدت افسردگی (۲۹)؛ خالقی و همکاران بر کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب (۳۰)؛ مرواریدی و همکاران بر کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی (۳۱)؛ عرفان و همکاران بر شدت و فراوانی علائم جسمی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (۳۲)؛ رضایی و همکاران بر اندیشناکی و شدت افسردگی (۳۳)؛ کیانی‌پور و همکاران بر کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی (۳۴)؛ دانشمندی و همکاران بر بی‌نظمی هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری (۳۵)؛ قدم‌پور و همکاران بر حساسیت اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان (۳۶) و محمدی و همکاران بر کاهش پریشانی روان-شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه (۳۷) که همگی اشاره

به اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی در استفاده از راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی-هیجان دارند، همخوان می‌باشد. همچنین این پژوهش با عقیده لیهی مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در افسردگی، همخوان می‌باشد (۳۸). در تبیین این نتایج باید به این نکته اشاره کرد که در واقع اکثر افرادی که خودزنی می‌کنند مشکلاتی در تنظیم هیجان دارند و این موجب می‌شود که این افراد هنگام مواجهه با رویدادهای دردناک و استرس‌زا به جای استفاده از راهبردهای کارآمد از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان مانند خودزنی استفاده کنند (۲۰). هسته اصلی درمان طرحواره-درمانی هیجانی تأکید بر تنظیم هیجان به ویژه پذیرش هیجان می‌باشد که این درمان با استفاده از آموزش تکنیک‌های مانند پذیرش هیجان‌های سخت، ذهن‌آگاهی و غیره به این افراد کمک می‌کند تا به جای خودزنی بتوانند هیجان‌های خود را شناسایی کنند و دید ذهن‌آگاه نسبت به هیجان‌ها پیدا کنند (۲۶) و همین موضوع سبب شد که در این مطالعه سربازان اقدام‌کننده به خودزنی نمرات بالایی را در بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی-هیجان گزارش کنند.

همچنین با توجه نتایج به دست آمده، درمان طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان خط‌مقدم درمان‌های کارآمد در کاهش و توقف نشانه‌های خودزنی در افراد اقدام‌کننده به خودزنی مطرح باشد. بر این اساس، یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با نتایج مطالعات Fleischaker و همکاران (۲۳) و Joseph Tighe و همکاران (۲۴) که اشاره به اثربخشی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان مانند طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش خودزنی در جامعه غیرسرباز دارند، همخوان می‌باشد. در واقع افراد اقدام‌کننده به خودزنی توانایی تحمل هیجان‌های شدید و افکار منفی را ندارند و سعی می‌کند که از آنها فرار کنند و این باعث عمل خودزنی می‌شود که به طور موقت موجب کاهش هیجان‌ها و افکار می‌شود (۲۲). این عمل به ویژه در جمعیت جوان کشور بسیار شایع می‌باشد

تنظیم شناختی- هیجان دارند، مطرح گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، روان‌شناسان مراکز مشاوره نظامی پس از طی نمودن دوره‌های آموزشی لازم، رویکرد طرح‌واره‌درمانی هیجانی را به عنوان یکی از مداخله‌های درمانی اثربخش در درمان و کاهش اقدام به خودزنی در کارکنان پایور و وظیفه مورد استفاده قرار دهند. این مطالعه برای اولین بار به بررسی تاثیر درمان طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی- هیجان در افراد خودزن پرداخته است.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود که این مداخله در قالب کارگاه‌های آموزشی به روانشناسان نیروهای مسلح و همچنین روان‌شناسان شاغل در مراکز مدیریت بحران آموزش داده شود تا بتوانند به عنوان یک مداخله کارآمد جهت درمان و پیشگیری خودزنی از آن استفاده نمایند.
- روان‌شناسان شاغل در سطح مراکز مشاوره و درمانی نیروهای مسلح، موضوع بهبود تنظیم شناختی- هیجان را به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر ارتقا روحیه و خلق کارکنان نظامی و پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا منجمله خودزنی مدنظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از همه افرادی که در این

پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در فرآیند نگارش اولیه

مقاله، بازنگری آن، ارائه ایده و طرح اولیه، اجرای مداخله آموزشی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر داده‌ها سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان پژوهش عنوان می‌نمایند که هیچ

گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Esfandiari Y, Rahnejat AM, Mousavi M, Sabayan B. The Effectiveness of Resiliency Training on Reduction of Emotional Stress and Self-Mutilation Attempt in Soldiers in Tehran, Iran in 2018. *J Mil Med*. 2020; 22(1):27-35. doi:10.30491/JMM.22.1.12
2. Mesgar A, Taheri M. The role of external factors in self-mutilation and suicide in IRI Army soldiers. *J Military Sci & Tactics*. 2014;10(27):67-89.
3. Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. *Clin Psychol Stud*. 2014; 4(15): 141-58.
4. Shoostari MH, Khanipour H. Comparison of Self-

مخصوصاً این که بسیاری از این قشر وارد خدمت سربازی می‌شوند. بسیاری از این جوانان قبل از خدمت، سابقه خودزنی داشته و درگیر روابط عاطفی و طرد به وسیله فرد معشوق شده‌اند و اکثر این افراد جوان اولین بار بعد از شکست در رابطه عاطفی خودزنی کرده‌اند (۹،۱۰). بسیاری از جوانان مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان را برای مقابله با این رویدادها ندارند (۱۶) و این موجب می‌شود که در شرایط سخت سربازی اقدام به خودزنی افزایش یابد. درمان طرح‌واره‌درمانی هیجانی با تاکید بر موضوع راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و حذف راهبردهای ناکارآمد موجب کاهش روش‌های ناکارآمد تنظیم هیجان هنگام مواجهه با رویدادهای تنش‌زا می‌شود. سربازان شرکت‌کننده در این مطالعه تکنیک‌ها و راهبردهایی را آموزش دیدند و این موجب کاهش تعداد خودزنی در این افراد شد. مانند سایر مطالعات، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجهه بوده است. منجمله با توجه به عدم دسترسی بلندمدت به سربازان، اجرای دوره پیگیری به‌منظور ارزیابی تداوم اثربخشی میسر نشد. همچنین نمونه موردنظر فقط از سربازان مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران انتخاب شده بودند و این مسئله تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. در راستای محدودیت‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد به منظور بررسی اثرات طولانی‌مدت رویکرد طرح‌واره‌درمانی هیجانی، مطالعات پیگیرانه انجام شود و برای تعمیم‌پذیری بیشتر، پژوهش‌هایی در یک حجم نمونه بزرگ‌تر از سربازان سایر مناطق کشور و گروه‌های دیگری از کارکنان نیروهای مسلح مانند کارکنان پایور انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد طرح‌واره‌درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد و کوتاه‌مدت پروتکل‌محور در بهبود تنظیم شناختی- هیجان سربازان و کاهش خودزنی سربازان اقدام‌کننده به خودزنی که مشکل در

- harm and Suicide Attempt in Adolescents: A Systematic Review. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol*. 2014; 20(1).
5. Hosseini SR, Donyavi V, Shafiqhi F, Rouhani SM, Kazemi J, Gharah KS. The frequency of Suicidal-thinking in Nezasa personnel in Tehran at 2004-5 year. *J Military Sci & Tactics*. 2008; 5(4)10.
6. Hornor G. Nonsuicidal self-injury. *J Pediatr Health Care*. 2016;30(3):261-7. doi:10.1016/j.pedhc.2015.06.012
7. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner Jr TE. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personal Disord*. 2012; 3(2):167-75. doi:10.1037/a0024405

8. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med*. 2011;41(9):1981-1986. doi:10.1017/S0033291710002497
9. Hasanvand M, Dabbaghi P, Rabiei M. Assessment of relationship between negative emotion and non-suicidal self-injury behavior: with emphasis on the mediator role of body image and emotion regulation among soldiers. *EBNESINA*. 2016;18(3):56-60.
10. Avakh F, Mahdavi A, Ebrahimi M. The relation of self-mutilation and personality disorders among military soldiers. *EBNESINA*. 2014;15(4):24-9.
11. Khanjani S, Asmari Y, Mousavi Asl E, Ashouri A. Relationship of non-suicidal self-injury behaviors with mental pain in soldiers: The Mediating Role of Self-Compassion. *J Mil Med*. 2020;22(4):363-72. doi: 10.30491/JMM.22.4.6
12. Soltaninejad A, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi K, Azad-Fallah P, Anisi J, Rahmati Najja Kalayi F. The relationship between religious orientation and suicidal behaviors in soldiers. *Islamic life j*. 2012;1(2):22-7. doi:10.5812/ilch.9019
13. Turner BJ, Kleiman EM, Nock MK. Non-suicidal self-injury prevalence, course, and association with suicidal thoughts and behaviors in two large, representative samples of US Army soldiers. *Psychol Med*. 2019;49(9):1470-80. doi:10.1017/S0033291718002015
14. Hines L, Jawahar K, Wessely S, Fear NT. Self-harm in the UK military. *Occup Med*. 2013;63(5):354-7. doi:10.1093/occmed/kqt065
15. Bergman BP, Mackay DF, Smith DJ, Pell JP. Non-fatal self-harm in Scottish military veterans: a retrospective cohort study of 57,000 veterans and 173,000 matched non-veterans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(1):81-7. doi:10.1007/s00127-018-1588-9
16. Mahdieh A, Abdollahi M, Hasani J. Cognitive emotion regulation strategies in processing suicidal thoughts. *J Ilam Univ Med Sci*. 2014;22(4):225-35.
17. Hasani J, Miraghaie AM. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. *Cotemp Psychol: Biannual J Iran Psychol Assoc*. 2012;7(1):61-72.
18. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc*. 2009;32(2):449-454. doi:10.1016/j.adolescence.2008.01.003
19. Ghaderi F, Taghva A. Comparing the cognitive emotion regulation strategies in soldiers with and without behavioral problems. *EBNESINA*. 2014;16(1): 54-60.
20. Ghasemi Navab A, Amiri S, Azadmarzabadi E. Comparison of emotion regulation strategies, emotional experience and ambivalence of emotional expression in soldiers with suicide attempts and normal. *J Mil Med*. 2017;19(3):282-90.
21. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *J Cogn Psychother*. 2012;36(6):833-9. doi:10.1007/s10608-011-9419-2
22. Schreiner MW, Klimes-Dougan B, Mueller BA, Eberly LE, Reigstad KM, Carstedt PA, et al. Multi-modal neuroimaging of adolescents with non-suicidal self-injury: Amygdala functional connectivity. *J Affect Disord*. 2017;221:47-55. doi:10.1016/j.jad.2017.06.004
23. Tighe J, Nicholas J, Shand F, Christensen H. Efficacy of acceptance and commitment therapy in reducing suicidal ideation and deliberate self-harm: systematic review. *JMIR mental health*. 2018;5(2):e10732. doi:10.2196/10732
24. Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E. Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child Adol Psychiatr Ment Health*. 2011;5 (1):3. doi:10.1186/1753-2000-5-3
25. Mohammadi H, Sepehri SZ, Asghari EMJ. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Decreasing Psychological Distress and Difficulty in Emotional Regulation in Divorced Women. *J Thought Behav Clin Psychol*. 2019;13:27-36.
26. Naderi Y, Moradi A, Hasani J, Noohi S. Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post traumatic stress disorder veterans. *Iran J War Public Health*. 2015;7(3):147-55.
27. Rezaee F, Sepahvandi M, Mirzaee Haabili KH. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive-behavioral Avoidance and the Severity of Generalized Anxiety of Symptoms in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Quarter J Psychol stud*. 2017;13(1): 43-62.
28. Leahy RL. Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy. Understanding and applying the new therapies. 2011:109-31. doi:10.1002/9781118001851.ch5
29. Rezaee M, Ghazanfari F, Rezaee F. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Rumination in People with Major Depressive Disorder. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci*. 2016;24 (1): 41-54.
30. Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. Effectiveness of Emotional Schema Therapy in Reduction of Worry and Anxiety's Signs and Symptoms in Patients with Generalized Anxiety Disorder: Single-Subject Design. *J Clin Psychol*. 2016; 8(2):43-55.
31. Morvaridi M, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on decrease of anxiety sensitivity in woman with social anxiety disorder. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2019;7(1):26-35.
32. Erfan A, Noorbala AA, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity and frequency of physical symptoms and life quality of patients with irritable bowel syndrome: single-subject design. *Adv Biomed Res*. 2016;24(4):77-88.
33. Rezaei M, Ghadampur E, Rezaei M, Kazemi R. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on

- Rumination and Severity of Depression in Patients with Major Depressive Disorder. *J Pract Psychol*. 2016;7(4): 45-58.
34. Kianipoor E, Hassani F, Rahnejat A, Ghanbaripناه A. Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on reducing the difficulty emotional regulation in Patients with Panic Disorder. *Quarter J Psychol Stud*. 2018;6(20):60-70.
35. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotional Schemas of Female Victims of Child Abuse and Neglect. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci*. 2014; 22(5) :1481-1494.
36. Ghadampour E, Hosseini Ramaghani NA, Moradiani Gizeh Rod SKh. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies in Socially Anxious Students. *Yasuj Univ Med Sci*. 2018;23(5): 591-607.
37. Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahim Abad M. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Decreasing Psychological Distress and Difficulty in Emotional Regulation in Divorced Women. *J Thought Behav Clin Psychol*. 2019;13(51): 27-36.
38. Leahy RL. *Emotional Schema Therapy*. New York: Guilford; 2015.
39. Nouri R, Fathi-Ashtiani A, Salimi S, Soltani Nejad A. Effective factors of suicide in soldiers of a military force. *J Mil Med*. 2012;14(2):99-103.
40. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*: Routledge. 2013. doi:10.4324/9780203771587
41. Klonsky ED, Glen CR. Assessing the functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *J Abnorm Soc Psychol*. 2011; 31:215-219. doi:10.1007/s10862-008-9107-z
42. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnorm Soc Psychol*. 2013;122(1):231. doi:10.1037/a0030278
43. Khanipour H, Borjali A, Fasafinejad M. Non-suicidal Self-injury in delinquent adolescents and adolescents with history of childhood maltreatment: motivation and suicide probability. *Psychol Except Indiv*. 2016;6(21): 59-79.
44. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. 2001;30(8):1311-27. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
45. Yousefi F. The Role of problem-solving skill training and cognitive restructuring on cognitive emotion regulation strategies, and family functioning in infertile women. *Shenakht muk*. 2015;2(1):81-93.
46. Rezaee S, Gholipoor F, Reshadati S. Role of Cognitive Emotion Regulation and Masculine-Feminine Sex-Role Preferences in adolescent Girls Aggressiveness. *Royesh Pscyh J*. 2016;5(1):7-28.
47. Besharat MA, Mohammadi Hosseinezhad E, Gholamali Lavasani M. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anger and anger rumination with ego defense styles. *J Contemp Psychol*. 2015;9(2):29-48.
48. Yousefi F. The Relationship of Cognitive Emotion Regulation Strategies with depression and Anxiety in Students of Special Middle Schools for Talented Students in Shiraz. *J Except child*. 2007;6(4):871-92.
49. Aminabadi Z. Factor structure and validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Int J Behav Sci*. 2012;5(4):365-71.
50. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *J Cogn Behav Pract*. 2007;14(1):36-45. doi:10.1016/j.cbpra.2006.08.001
51. Leahy RL. A model of emotional schemas. *J Cogn Behav Pract*. 2002;9(3):177-90. doi:10.1016/S1077-7229(02)80048-7
52. Dashtban Jami S, Bayazi M, Zaeimi H, Hojjat S. Assessment of relation between emotional schemas and meta cognitive beliefs and depression. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2014; 6(2):297-305. doi:10.29252/jnkums.6.2.297
53. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press. 2011.
54. Hasani J, Naderi Y, Ramazanzadeh F, Pourabbass A. The role of the emotional intelligence and emotional schema in womenn's marital satisfaction. *J Fam Res*. 2014; 9 (4):489-506