

Research Article

The Effectiveness of Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment on Self-Injurious Behavior, Experiential Avoidance, and Neuroticism in Women with Non-Suicidal Self-Injury

Authors

Zeinab Golmakani¹, Ali Mashhadi^{2*}, Imanollah Bigdeli³

1. MSc, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: zeynabgolmakani2000@gmail.com
Orcid 0009-0005-6915-8417

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (**Corresponding Author**). Email: mashhadi@um.ac.ir
Orcid 0000-0002-6212-1372

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: ibigdeli@um.ac.ir
Orcid: 0000-0002-2116-3402

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Non-suicidal self-injury (NSSI) is a growing concern, incurring substantial public health costs. Accordingly, this research aims to examine the effectiveness of Barlow's unified protocol transdiagnostic treatment on self-injury behavior, experiential avoidance and neuroticism in individuals with non-suicidal self-injury.

Method: This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a control and follow-up group. The statistical population comprised all women aged 18-27 (In this age range, self-injurious behavior peaks) who, in 1403, presented to counseling centers in Mashhad with non-suicidal self-injury. The sample included 30 participants, volunteer-selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 8 individual therapy sessions; the control group, treatment post-follow-up. Data were collected using the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS), the neuroticism subscale of the Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI), and the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) at pre-test, post-test, and follow-up. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance in SPSS-26.

Results: The findings indicated a statistically significant difference in the frequency and severity of self-injurious behavior (encompassing both intrapersonal and interpersonal functions), neuroticism, and experiential avoidance between the experimental and control groups at both post-test and follow-up phases of the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol ($p < 0.01$). The η^2 effect sizes for the between-group effects on these variables were 0.13, 0.52, 0.51, 0.27, 0.35, and 0.41, respectively. Moreover, the interactive effect between time and group levels was significant for all variables ($p < 0.01$). Importantly, the treatment effects on all variables in the experimental group were sustained at the follow-up assessment.

Discussion and conclusion: Based on these results, the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol shows promise as an effective intervention for self-injurious behavior. Therefore, its future implementation is crucial for reducing non-suicidal self-injury and its associated factors.

Keywords

Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment, Experiential Avoidance, Neuroticism and Non-Suicidal Self-injury

Corresponding Author's E-mail

mashhadi@um.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Nonsuicidal self-injury (NSSI) is a significant issue that has garnered the attention of mental health professionals in recent years and encompasses any deliberate harm to bodily tissue without suicidal intent that is not culturally acceptable. This disorder, in addition to creating physical and psychological problems for individuals, imposes substantial costs on families and the public health system. One of the crucial factors for engaging in NSSI behavior is experiential avoidance, which refers to an individual's attempts to avoid or escape unwanted thoughts and emotions. Another factor associated with NSSI and positively predicting it is neuroticism. Due to difficulties in emotion regulation and the use of maladaptive emotion regulation strategies when experiencing distressing emotions, neurotic individuals resort to NSSI as an escape route to avoid their emotions, consequently reinforcing this behavior in them. Barlow's Unified Protocol Transdiagnostic Treatment for Emotional Disorders is one of the effective treatments for NSSI. Given that no research has simultaneously examined the effectiveness of this treatment on NSSI behavior, experiential avoidance, and neuroticism, the aim of the present study is to investigate the effectiveness of the Unified Protocol on the frequency and intensity of NSSI behavior, experiential avoidance, and neuroticism in women with NSSI.

Method

The research employed a quasi-experimental pre-test-post-test control group design with a two-month follow-up. The statistical population in this study consisted of all women aged 18 to 27 years (In this age range, self-injurious behavior peaks) who had referred to counseling centers in Mashhad in the year 1403 due to non-suicidal self-injurious behavior. The sampling method was voluntary. Data collection was conducted using the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS), the neuroticism subscale of the Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDDI), and the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ). The Unified Protocol included the following components: Session 1: Addressing the pros and cons of treatment to enhance motivation and setting goals for therapy sessions; Session 2: Introduction to the three components of emotions; Session 3: Focusing on the impact of thoughts on emotions and behaviors, emphasizing the maladaptive nature of this cycle; Session 4: Mindfulness training regarding emotions: learning to observe experiences; Session 5: Identifying and creating flexibility in cognitive errors; Session 6: Explaining avoidance of emotions and emotion-driven behaviors; Session 7: Awareness of emotion-driven behaviors and awareness of bodily sensations; and Session 8: Involves imaginal and in-vivo exposure to emotions. For data collection, initial coordination was made with counseling centers, and after obtaining approval, 38 female volunteers referred and were assigned to experimental and control groups. Eight individuals withdrew from the study due to lack of willingness, and 30 participants were evaluated. The experimental group received individual treatment for 8 sessions. The control group received the treatment after the follow-up period. Assessments occurred at pre-test, post-test, and a two-month follow-up. ANOVA with repeated measures and Bonferroni post-hoc tests were used in SPSS-26 for data analysis.

Results

The descriptive statistics indicate that the scores of the control and experimental groups were approximately similar in the pre-test phase for the variables of frequency of self-injurious behavior, intensity of self-injurious behavior, experiential avoidance, and neuroticism. However, in the post-test and follow-up phases, the mean scores of the experimental group showed a decrease compared to the control group in the aforementioned variables. Before presenting the results of the repeated measures analysis of variance, the underlying assumptions were examined and confirmed using Box's M test, Mauchly's test, and the chi-square test. The results of the ANOVA with repeated measures show a significant difference in the frequency of self-injurious behavior, severity of self-injurious behavior (including intrapersonal and interpersonal functions), experiential avoidance, and neuroticism across the pre-test, post-test, and follow-up phases in the Unified Protocol treatment ($p < 0.01$). The results regarding the interactive effect between time and group on the frequency and severity of self-injurious behavior (including intrapersonal and interpersonal functions), experiential avoidance, and neuroticism indicate that this interaction is statistically significant ($p < 0.01$). The proportion of within-group variance explained by this interaction effect of time and group is 0.32, 0.86, 0.75, 0.68, 0.61, and 0.82, respectively. The results pertaining to the between-group effects indicate that there is a statistically significant difference between the experimental and control groups in the scores of the variables: frequency of self-injurious behavior, intensity of self-injurious behavior (intrapersonal and interpersonal functions), experiential avoidance, and neuroticism ($p < 0.01$). In other words, for the aforementioned variables, a significant difference exists between the participants in the control group and the experimental group. The eta squared (η^2) effect size for these variables is 0.13, 0.52, 0.51, 0.27, 0.35, and 0.41, respectively.

Furthermore, according to the Bonferroni post-hoc test results, a significant difference exists in the post-test between the experimental and control groups for all research variables ($p < 0.01$), indicating the effectiveness of this treatment on the variables of frequency of self-injurious behavior, intensity of self-injurious behavior, experiential avoidance, and neuroticism. On the other hand, the presence of a significant difference in the follow-up phase ($p < 0.01$) indicates that the effects of the treatment on all research variables were maintained at the follow-up.

Conclusion

Based on the research findings, it can be concluded that Unified protocol effectively reduces the frequency and intensity of self-injurious, experiential avoidance, and neuroticism. By focusing on mindfulness training regarding emotions, correcting cognitive errors, fostering psychological flexibility, and promoting adaptive behaviors, this treatment improves non-suicidal self-injurious behavior, experiential avoidance, and neuroticism. During the treatment process, clients gain mindfulness and acceptance of their emotions, consequently increasing their distress tolerance and reducing their engagement in avoidant behaviors such as non-suicidal self-injurious behavior to escape negative emotions. This research faced limitations including a small sample size, the use of short forms of questionnaires, and a short follow-up period. Future researchers are recommended to select a larger sample, utilize longer forms of questionnaires, and consider a longer follow-up period. Given the effectiveness of this treatment on non-suicidal self-injurious behavior, it is essential to provide preventive and therapeutic interventions in the form of educational sessions for these young individuals to gain insight into and accept their emotions, as well as to replace maladaptive behaviors and self-injurious behaviors with effective ones and to cope with their emotions effectively.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This research was conducted after receiving approval number IR.UM.REC.1403.110 from the Ethics Committee of Ferdowsi University of Mashhad. To ensure ethical considerations, principles such as voluntary participation, freedom to withdraw, and confidentiality of information were strictly adhered to.

Funding: This research was not funded. The researchers would like to express their sincere gratitude to all participants for their collaboration.

Conflict of interest: There were no conflicts of interest associated with this research.

Authors' contribution: This research is an extract from the thesis of the first author and the corresponding author of the thesis supervisor.

اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو بر رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در زنان دارای خودجرحی غیرخودکشی‌گرا

نویسندگان

زینب گلمکانی^۱، علی مشهدی^{۲*}، ایمان الله بیگدلی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی

مشهد، مشهد، ایران Email: zeynabgolmakani2000@gmail.com Orcid

0009-0005-6915-8417

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد،

ایران. (نویسنده مسئول)

Orcid 0000-0002-6212- Email: zeynabgolmakani2000@gmail.com

1372

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد،

ایران

Orcid: 0000-0002-2116-3402 Email: ibigdeli@um.ac.ir

چکیده

مقدمه: خودجرحی غیرخودکشی‌گرا اختلالی است که در سال‌های اخیر افزایش یافته و هزینه‌های زیادی برای سیستم بهداشت عمومی ایجاد کرده است. بر همین اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو بر رفتار خودجرحی، روان‌رنجوری و اجتناب تجربه‌ای در زنان دارای خودجرحی غیرخودکشی‌گرا می‌باشد.

روش: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری شامل همه زنان ۱۸ تا ۲۷ سال (در این بازه سنی رفتار خودجرحی اوج می‌گیرد) بود که در سال ۱۴۰۳ با رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا به مراکز مشاوره شهر مشهد مراجعه نمودند. نمونه آماری شامل ۳۰ شرکت‌کننده بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان فردی قرار گرفته و گروه کنترل بعد از پایان دوره پیگیری، درمان را دریافت نمودند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه اظهارات خودجرحی (ISAS)، خرده‌مقیاس روان‌رنجوری پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی (MEDI) و اجتناب تجربه‌ای (BEAQ) صورت گرفت که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شدند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار spss-26 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد در درمان یکپارچه فراتشخیصی بین فراوانی و شدت رفتار خودجرحی (کارکرهای درون‌فردی و بین‌فردی)، روان‌رنجوری و اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه مجذور اتا در اثرات بین گروهی برای این متغیرها به ترتیب

تاریخ دریافت:

....../.../..

تاریخ پذیرش:

....../.../..



۰/۱۳، ۰/۵۲، ۰/۵۱، ۰/۲۷، ۰/۳۵ و ۰/۴۱ می باشد. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و سطوح مختلف گروه ها نیز نشان می دهد که این اثر در در تمامی متغیرها معنی دار است ($P < 0/01$). همچنین در گروه آزمایش در مرحله پیگیری اثرات درمان بر تمامی متغیرها حفظ شده است.

بحث و نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش، درمان یکپارچه فراتشخیصی می تواند به عنوان درمانی اثربخش برای رفتار خودجرحی به کار رود. بنابراین لازم است در آینده این درمان، برای کاهش خودجرحی غیرخودکشی گرا و عوامل مرتبط با آن، به کار گرفته شود.

کلیدواژه ها

اجتناب تجربه ای، خودجرحی غیرخودکشی گرا، درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو و روان رنجوری.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mashhadi@um.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد
نویسنده اول می باشد.

روانرنگ و دریا شیشه

مقدمه

خودجراحی غیرخودکشی گرا^۱ مسئله مهمی است که در سال‌های اخیر توجه متخصصان بهداشت روان را به خود جلب کرده است [۳-۱]. این اختلال که در نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های هیجانی^۲ (DSM-5-TR) مطرح شده است [۴] آسیب عمده‌ای به بافت بدن، بدون داشتن نیت خودکشی است که از نظر فرهنگی قابل قبول نبوده و باعث ایجاد اختلال در زندگی فردی می‌شود [۵-۸]. همچنین لازم است این رفتار حداقل ۵ روز در طی یک سال وجود داشته باشد و فرد به دلایل مختلفی شامل کاهش هیجانات منفی، حل مشکلات بین فردی و یا ایجاد حالتی خوشایند در این رفتار درگیر شود [۸]. این رفتار شکل‌های گوناگونی مانند بریدن، خراش و ضربه زدن به بدن و سوزاندن را دربر دارد [۹]. طبق آمارها خودجراحی غیرخودکشی گرا در جوانان ۱۳/۴٪ و در بزرگسالان ۵/۵٪ بوده است [۱۰، ۱]. براساس پژوهش‌ها این رفتار در بین جوانان از دلایل مهم برای مراجعه به اورژانس بوده که به مداخلات به‌هنگام نیاز دارد [۱۱]. خودجراحی غیرخودکشی گرا با اختلالات بسیاری مانند اختلالات اضطرابی [۱۲]، افسردگی، و شخصیت مرزی [۱۳] مرتبط بوده و خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد [۱۴، ۱۵]. این اختلال، علاوه بر ایجاد مشکلات جسمانی و روان‌شناختی برای افراد [۱۶، ۱۷]، هزینه‌های زیادی را برای خانواده‌ها و سیستم بهداشت عمومی به وجود می‌آورد [۱۸].

یکی از عوامل و انگیزه‌های مهم برای درگیری در رفتار خودجراحی غیرخودکشی گرا اجتناب تجربه‌ای^۳ است [۱۰، ۱۶، ۱۹، ۲۰] اجتناب تجربه‌ای به تلاش فرد برای اجتناب یا گریختن از افکار و هیجان‌های ناخواسته اشاره دارد [۲۱، ۲۲]. در واقع فرد برای آرام کردن خود و رهایی از افکار و هیجانات منفی رفتار خودجراحی را انجام می‌دهد و این رفتار با ایجاد نوعی تقویت منفی حفظ می‌شود [۷، ۱۹]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد به دلیل داشتن مشکلاتی در زمینه تنظیم هیجان و یا استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان،

در اجتناب تجربه‌ای درگیر می‌شوند و به این صورت هیجان خویش را کنترل می‌نمایند [۲۱، ۲۳، ۲۴]. بر اساس نتایج یک مطالعه اجتناب تجربه‌ای، به عنوان یک عامل فراتشخیصی محسوب می‌شود که می‌تواند به خوبی شدت علائم اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی نماید. در واقع افراد هرچه بیشتر اجتناب تجربه‌ای را به کار برند، بیشتر به سمت الگوهای رفتاری ناسازگارانه هدایت می‌شوند [۲۵].

یکی دیگر از عواملی که با خودجراحی غیرخودکشی گرا ارتباط دارد و به‌طور مثبت آن را پیش‌بینی می‌کند، روان‌رنجوری است [۱۶، ۲۶]. روان‌رنجوری که یکی از ابعاد مهم شخصیتی است [۲۷]، به‌صورت تمایل به تجربه هیجانات منفی مانند خشم، غم، تحریک پذیری و اضطراب تعریف می‌شود و و رابطه نزدیکی با عاطفه منفی دارد [۲۸، ۲۹]. افراد روان‌رنجور در مواجهه با رویدادها، توجه زیادی به اطلاعات منفی نشان داده، آنها را به صورت تهدید ادراک نموده و با رفتار خودجراحی به این تهدید پاسخ می‌دهند [۱۶]. نتایج پژوهشی نشان داد با افزایش روان‌رنجوری خطر خودجراحی عمده [۲۸] و اقدام به خودکشی افزایش می‌یابد [۳۰]. به‌طور کلی افراد روان‌رنجور به دلیل مشکل در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان [۳۱] در هنگام تجربه هیجانات آزاردهنده، از رفتار خودجراحی به‌عنوان راه فرار استفاده می‌کنند تا از هیجانات خویش اجتناب نمایند و خود را آرام سازند، در نتیجه، این رفتار در آنان تقویت می‌گردد [۱۶، ۳۲]. نتایج پژوهشی نشان داد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند رابطه روان‌رنجوری و خودجراحی را تعدیل نماید [۳۲].

برای خودجراحی غیرخودکشی گرا درمان‌های متفاوتی نظیر روان‌پویشی، شناختی رفتاری، تنظیم هیجان [۳۳] و رفتار درمانی دیالکتیک [۳۴] به کار رفته است. پروتکل یکپارچه فراتشخیصی^۴ [۳۵، ۳۶] برای اختلال‌های هیجانی [۳۷، ۳۸] یکی از درمان‌های اثربخش برای خودجراحی غیرخودکشی گرا است [۳۹، ۴۰]. درمان یکپارچه فراتشخیصی که براساس درمان‌های شناختی رفتاری شکل گرفته است، بر روان‌رنجوری و مشکل در تنظیم هیجان تمرکز

3. Experiential Avoidance

4. Unified Protocol Transdiagnostic

1. Non Suicidal Self injury

2. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders- Fifth Edition

کاهش دهند [۵۵]. به‌طور کلی براساس پژوهش‌ها درمان‌هایی نظیر درمان یکپارچه فراتشخیصی رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را کاهش می‌دهند [۵۶، ۵۷].

نتایج یک بررسی نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند با ایجاد بهبود در تنظیم هیجان [۵۸، ۵۹] و کاهش آشفتگی هیجانی [۴۲]، از میزان اجتناب شناختی و هیجانی بکاهد. علاوه بر این با افزایش تحمل هیجان منفی در فرایند درمان، افکار خودکشی و رفتارهای هیجان‌خاست مانند رفتار خودجرحی کاهش می‌یابد [۶۰]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد در درمان یکپارچه فراتشخیصی با بهبود اجتناب تجربه‌ای علائم اختلالات هیجانی کاهش می‌یابد [۶۱]. در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تغییر روان‌رنجوری صورت گرفت، ۲۲۳ نفر تحت ارزیابی قرار گرفتند، نتایج حاکی از آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری به میزان بیشتری روان‌رنجوری را کاهش می‌دهد [۶۲]. در مطالعات دیگر نشان داده شد این درمان می‌تواند روان‌رنجوری و عاطفه منفی را کاهش دهد [۶۳، ۶۴] در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر زنان و مردان صورت گرفت، ۲۷۷ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند، نتایج نشان داد این درمان می‌تواند میزان روان‌رنجوری را هم در مردان و هم در زنان به‌طور مشابهی کاهش دهد [۶۵]. نتایج پژوهشی نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی با تقویت پاسخ‌های هیجانی غیر اجتنابی تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد [۴۳]. [۵۹]. بررسی‌های دیگری حاکی از آن است که ذهن‌آگاهی از رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا پیشگیری کرده [۶۶]، اجتناب تجربه‌ای را کاهش می‌دهد [۶۷-۶۹]. نتایج یک پژوهش که در آن ۳۶ بیمار تحت درمان‌های آنلاین و یکپارچه فراتشخیصی قرار گرفتند نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی با تمرکز بر اجتناب و الگوهای شناختی ناسازگارانه، تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد [۷۰]. نتایج مطالعه استامپ و همکاران [۷۱] با نمونه ۳۸ نفری نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی منجر به بهبود روان‌رنجوری می‌شود. به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند رفتارهای اجتنابی [۷۲]، اجتناب

می‌کند [۴۱]. بر اساس این درمان، تفسیر هیجانات به شکل غیرقابل پذیرش و تلاش برای اجتناب از هیجان‌های آزاردهنده [۴۲]، مکانیسم زیر بنایی مشترکی است که در همه اختلال‌های هیجانی مانند اختلالات اضطرابی، خلقی و نیز خودجرحی غیر خودکشی‌گرا دیده می‌شود و سبب ایجاد و حفظ این اختلال‌ها می‌گردد [۱۹]. پروتکل یکپارچه فراتشخیصی پنج مرحله اصلی را در بر می‌گیرد [۴۳] که عبارتند از آگاهی نسبت هیجان‌ها، انعطاف پذیری روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی، اجتناب و رفتارهای خودکار، تحمل احساس‌های جسمی و رویارویی با هیجان‌ها [۴۴-۴۶]. نتیجه پژوهشی نشان داد که دو مرحله از پروتکل یکپارچه فراتشخیصی یعنی ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به‌طور معناداری انگیزه و اقدام به خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را کاهش دهد [۴۷]. نتایج مطالعه پریس بکرو و همکاران [۴۸] که ۱۴۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند، نشان داد، درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند از میزان روان‌رنجوری، اضطراب و افسردگی بکاهد. پژوهش‌های دیگر نشان دادند، اجرای درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند از علائم شخصیت مرزی و خودجرحی غیرخودکشی‌گرا بکاهد [۴۱، ۴۹، ۵۰] همچنین این مداخله باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای شده [۴۳، ۴۶، ۴۸، ۵۱] و در بهبود نظم جویی هیجانی اثربخش می‌باشد [۳۷، ۴۱، ۴۲، ۵۲]. در یک مطالعه که با هدف بررسی تغییرات اجتناب و روان‌رنجوری در درمان یکپارچه فراتشخیصی صورت گرفت، ۷۰ نفر بررسی شدند، نتایج نشان داد، این درمان می‌تواند به‌طور موثری اجتناب رفتاری و روان‌رنجوری را کاهش دهد [۵۳]. در پژوهشی تک آزمودنی بیان شد درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند به‌طور موثری فراوانی رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا و هیجان‌های مرتبط با آن را کاهش دهد [۳۹]. پژوهش موردی آرونیا و همکاران [۵۴] که ۶ نفر را مورد بررسی قرار داد، نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی روان‌رنجوری و تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد. نتایج پژوهشی فراتحلیل حاکی از آن است که درمان‌های مختلف اعمال شده برای کاهش رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا، توانسته‌اند علائم این اختلال و افسردگی را به‌طور معناداری

قابل قبول می‌باشد. معیارهای ورود عبارتند از: داشتن معیارهای تشخیصی اختلال خودجرحی غیر خودکشی‌گرا، دامنه سنی ۱۸ تا ۲۷ سال و داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج عبارتند از: بیمارانی که با هدف خودکشی به خویش آسیب می‌زنند، آسیب‌های تصادفی که شامل ملاک‌های تشخیصی خودجرحی غیر خودکشی‌گرا نمی‌شود، بیمارانی که جزئی از جمعیت بالینی به‌شمار می‌روند.

ابزارها

پرسشنامه خودجرحی^۲ (ISAS): این ابزار توسط کلونسکی و گلن^[۷۵] برای اندازه‌گیری فراوانی و عملکرد رفتار خودجرحی غیر خودکشی‌گرا ساخته شد. این ابزار دارای دو بخش است: بخش اول شامل فراوانی ۱۲ نوع رفتار خودجرحی می‌باشد. پایایی از طریق بازآزمایی در این بخش در عرض یک تا چهار هفته ۰/۸۵ بدست آمد. علاوه بر این ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد [۷۶]. در بخش دوم به کارکرد رفتار خودجرحی پرداخته شده است [۱۲]: که ۱۳ کارکرد در دو طبقه اصلی کارکردهای درون فردی و کارکردهای بین فردی قرار گرفته‌اند. طیف لیکرت ابزار سه درجه‌ای (۰ به معنی کاملاً نامربوط و ۲ به معنی کاملاً مربوط) است. آلفای کرونباخ در بخش کارکردها برای کارکرد درون فردی ۰/۸۶ و برای کارکرد بین فردی ۰/۹۰ برای کارکرد بین فردی، محاسبه شد [۷۷]. در پژوهش صفاری‌نیا و همکاران [۷۸] برای اولین بار پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه گردید و روایی صوری و محتوایی آن توسط صاحب‌نظران مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه‌ی دیگری همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بدست آمد و روایی آن تایید شد [۷۹]. آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش لطفی و همکاران [۸۰] پس از هنجاریابی، ۰/۹۳ محاسبه شد. در پژوهش رضایی و همکاران [۸۱] تحلیل عاملی تاییدی از دو کارکرد درون فردی و بین فردی حمایت کرده است. همچنین همسانی درونی مناسبتی برای کارکردهای بین فردی (۰/۵۲ تا ۰/۷۹) و کارکردهای درون فردی (۰/۶۲ تا ۰/۷۹) محاسبه شد [۸۱].

تجربه‌ای [۷۳] و روان‌رنجوری را کاهش دهد [۶۵].

با توجه به آن که خودجرحی غیر خودکشی‌گرا در حوزه سلامت روان جوانان مسئله‌ای مهم تلقی می‌شود و نیز نظر به آن که خطر مشکلات دیگر مانند اقدام به خودکشی را افزایش داده و هزینه‌های بالایی برای خانواده‌ها و سیستم بهداشت عمومی در پی دارد، ضروری است پژوهشی درباره اثربخشی درمان یکپارچه بر رفتار خودجرحی غیر خودکشی‌گرا و نیز عوامل موثر بر آن یعنی اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری صورت گیرد. زیرا به‌طور کلی هیچ پژوهشی به‌صورت همزمان اثربخشی درمان را بر رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری بررسی نکرده است. بنابر آنچه گفته شد هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر فراوانی و شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در زنان دارای خودجرحی غیر خودکشی‌گرا می‌باشد.

پرسش پژوهش

بر اساس آنچه گفته شد، پرسش پژوهش آن است که آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری را در زنان دارای خودجرحی غیر خودکشی‌گرا در گروه آزمایش کاهش دهد؟

روش

نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری (دوماهه) بود.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری در این پژوهش شامل همه خانم‌های ۱۸ تا ۲۷ سال بود که در سال ۱۴۰۳ با رفتار خودجرحی غیر خودکشی‌گرا به مراکز مشاوره شهر مشهد مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به شیوه داوطلبانه بود که براساس معیارهای ورود و خروج ۳۸ نفر به عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ۸ نفر از آنان به دلیل عدم تمایل از پژوهش خارج شدند که در نهایت ۳۰ نفر در دو گروه باقی ماندند که این حجم نمونه (۱۵ نفر در هر گروه) بر اساس نظر گال و همکاران^[۷۴] در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی

پرسش‌نامه چندبعدی اختلال‌های هیجانی^۱

(MEDI): این ابزار توسط رزینی و براون [۸۲] ساخته شده است و دارای ۴۹ سوال و ۹ خرده مقیاس می‌باشد که شامل خلق و خوی روان‌رنجور، خلق و خوی مثبت، خلق افسرده، برانگیختگی خودکار، اضطراب جسمانی، اضطراب اجتماعی، افکار مزاحم، تجربه مجدد تروما تیک و اجتناب می‌باشد [۸۳، ۴۵]. در این پژوهش از خرده مقیاس خلق و خوی روان‌رنجور (شامل سوالات ۱، ۱۰، ۱۶، ۳۲ و ۳۵) استفاده شد. این پرسشنامه دارای طیف لیکرت ۹ درجه ای است (۰ به معنای اصلاً به من شبیه نیست و ۸ به معنای کاملاً به من شبیه است). هر یک از عوامل این ابزار همبستگی بالایی با مقیاس‌هایی نظیر مقیاس روان‌رنجوری و برون‌گرایی پنج عاملی نفو، مقیاس‌های اضطراب و افسردگی ۲۱ سوالی (DASS)، مقیاس اضطراب اجتماعی (SIAS) و مقیاس وسواس فکری- عملی (OCI-R) نشان دادند که بیانگر روایی همگرا مناسب می‌باشد [۸۲]. در یک بررسی پایایی نه عامل از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۶ تا ۰/۹۱ محاسبه شد و ثبات ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ بدست آمد. همچنین زیرمقیاس‌های این پرسشنامه همبستگی معنی‌داری (بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۶) با مقیاس‌های هر یک از سازه‌های انتخاب شده نظیر پرسشنامه DASS-14، فرم کوتاه اجتناب تجربه‌ای و پنج عاملی نفو نشان دادند [۸۴]. در پژوهش حاضر پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس روان‌رنجوری ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه کوتاه اجتناب تجربه‌ای (BEAQ): این ابزار ۱۵ سوالی که توسط گامز و همکاران [۸۵] ساخته شده است؛ دارای طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا

کاملاً موافقم) می‌باشد. در نمره‌گذاری سوالات، عبارت شش بطور معکوس نمره گذاری می‌شود. نمرات در دامنه ۱۵ تا ۹۰ قرار گرفته و نمرات بیشتر بیانگر اجتناب تجربه‌ای بالاتر است [۸۶، ۲۰]. در مطالعه‌ای فارسی همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی ۰/۵۰، با اجتناب ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۳۴ و با رضایت از زندگی ۰/۳۸- محاسبه شد. پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۶ بدست آمد و روایی آن تایید گردید [۸۷]. همچنین این فرم کوتاه روایی همگرای مناسبی (۰/۶۲) با فرم بلند پرسشنامه چندبعدی اجتناب تجربه‌ای نشان داد [۸۸]. در یک مطالعه همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد [۸۶] و در مطالعه گامز و همکاران پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد [۸۵]. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در ابتدا هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره صورت گرفت و بعد از اخذ تاییدیه‌های لازم، ۳۸ نفر خانم به صورت داوطلبانه مراجعه کردند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۸ نفر از آنان به دلیل عدم تمایل، از پژوهش خارج شده و ۳۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت دو ماه تحت درمان فردی (۴۵ دقیقه‌ای) قرار گرفتند. گروه کنترل نیز بعد از اتمام دوره فالوآپ درمان را دریافت کردند. اعضای گروه کنترل و آزمایش سه بار پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی بصورت زیر است:

[۵۹، ۴۰، ۳۹]

جدول ۱. خلاصه پروتکل یکپارچه فراتشخیصی

جلسات	محتوای ارائه شده
جلسه اول	توضیح کلیات، ایجاد و ارتقا انگیزه برای درمان و نیز تعیین هدف پرداختن به مزایا و معایب درمان جهت افزایش انگیزه و نیز تعیین هدف برای جلسات درمانی، تکمیل فرم تعیین اهداف.

4. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)

1. Multidimensional Emotional Disorders Inventory
2. Brief Experiential Avoidance Questionnaire
3. Gámez, W.

جلسه دوم	شناخت سه بعد هیجان (جسمانی، شناختی و رفتاری) آشنایی با سه بعد هیجان، تکمیل فرم ثبت افکار، هیجان‌ها و رفتارها. به منظور فهم سیکل رفتار ناسازگار انه خودجرحی.
جلسه سوم	تشخیص و پیگیری تجربه‌های هیجانی توجه به تاثیر فکر بر هیجان و رفتار با تاکید بر ناسازگاران بودن این چرخه. شرح فرمول پیش‌آیند، پاسخ و پیامد. تمرین توجه و ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات و آگاهی از افکار و رفتارهای مرتبط با آن
جلسه چهارم	آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به هیجان‌ها: یادگیری نظاره کردن تجارب توضیح هیجان‌های اولیه و ثانویه، آموزش آگاهی بدون داوری نسبت به تجربیات و تکمیل فرم القای خلق، تمرین تنفس آگاهانه
جلسه پنجم	شناسایی و ایجاد انعطاف در خطاهای شناختی (بخصوص فاجعه سازی و بیش برآورد خطر) شناسایی تحریفهای شناختی و افکار خودکار منفی و ارزیابی آنها، بازاریابی شناختی (تمرین تفسیر یک تصویر دارای بار هیجانی از زاویای مختلف)، تکنیک پیکان رو به پایین برای پیدا کردن باور مرکزی، تکمیل فرم شناسایی و ارزیابی افکار خودکار، تمرین حل مسئله (فراخوانی راه حل‌های متعدد و توجه به راهکارهای دارای مزیت بیشتر)
جلسه ششم	اجتناب از هیجانات و رفتارهای ناشی از هیجان ^۱ توضیح اجتناب، انواع آن (مانند اجتناب شناختی)، تاکید بر بی‌فایده بودن اجتناب و تکمیل فرم راهبردهای اجتناب هیجانی، تمرین شناسایی رفتارهای هیجان خاست روزانه
جلسه هفتم	رفتارهای ناشی از هیجان و آگاهی از حس‌های بدنی ایجاد آگاهی نسبت به رفتارهای ناسازگار، جایگزینی رفتار سازگاران، تمرین القای علائم (مانند تند نفس کشیدن، چرخیدن به دور صندلی) به منظور ایجاد بینش نسبت به بی‌خطر بودن علائم
جلسه هشتم	رویارویی درونی و نیز مبتنی بر موقعیت با هیجان‌ها مواجهه پلکانی با هیجان‌ها و عدم اجتناب، تکمیل فرم نردبان هیجانی (رویارویی با موقعیت‌های هیجانات بصورت سلسله مراتبی)

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و
آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS-26 استفاده
شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناسی شرکت‌کنندگان در متغیرهای
نوع شغل، تحصیلات و سن به این ترتیب بود که در گروه ۱۰
نفر شاغل و ۵ نفر خانه‌دار بودند و در گروه آزمایش ۹ نفر شاغل
و ۶ نفر خانه‌دار بودند. از نظر تحصیلات در گروه کنترل ۲ نفر

دیپلم، ۱۲ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بودند؛ در گروه
آزمایش نیز ۲ نفر دیپلم، ۱۱ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق
لیسانس بودند. با توجه به نتایج آزمون خی‌دو بین خانه‌دار
بودن، شاغل بودن ($X^2=0/436$ و $p=0/861 > 0/05$) و
تحصیلات ($X^2=0/221$ و $p=0/623 > 0/05$) تفاوت معناداری
در گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت. همچنین از لحاظ
سنی میانگین گروه کنترل ۲۳/۱۳ سال و گروه آزمایش
۲۲/۸۷ سال بود. که نتایج آزمون تی مستقل نشان داد دو
گروه از نظر سنی تفاوت معناداری ندارند ($t=0/302$ ،
 $p=0/765 > 0/05$).

1. Emotion-driven behaviours
2. Chi-Square Test
3. Independent Samples T-Test

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای فراوانی، شدت رفتارهای خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان رنجوری در

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراوانی رفتارهای خودجرحی	آزمایش	۶۹/۴۷	۵/۷۱	۲۰/۲۷	۵/۷۸	۲۰/۳۳	۲/۳۳
	کنترل	۷۲/۵۳	۵/۴۲	۶۶/۸۷	۴/۵۱	۶۴/۰۷	۴/۷۳
شدت رفتار خودجرحی	آزمایش	۶۰	۳/۷۴	۴۷/۵۳	۳/۰۹	۴۸	۲/۴۷
	کنترل	۶۰/۴	۵/۵۷	۶۰/۲	۵/۴۲	۵۹/۸۶	۴/۳۴
کارکردهای درون فردی	آزمایش	۲۴/۵۳	۲/۴۴	۱۸/۸۶	۲/۳۸	۱۹/۱۳	۱/۹۲
	کنترل	۲۵/۲۶	۲/۶	۲۵/۱۳	۲/۲۶	۲۴/۹۳	۱/۹
کارکردهای بین فردی	آزمایش	۳۵/۴۶	۳/۰۶	۲۸/۶۶	۲/۷۹	۲۸/۸۶	۲/۷۹
	کنترل	۳۵/۱۳	۴/۷۱	۳۵/۰۶	۴/۷۱	۳۴/۹۳	۴/۳۳
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۵۱/۰۶	۴/۹۴	۴۲/۸	۴/۱۴	۴۳/۳۳	۳/۷۱
	کنترل	۵۱/۹۳	۴/۲۸	۵۱/۵۳	۳/۷۱	۵۰/۷۳	۳/۸۶
روان رنجوری	آزمایش	۳۳/۳۳	۲/۳۱	۲۵/۸۶	۲/۵۳	۲۶/۰۶	۲/۶
	کنترل	۳۳/۰۶	۲/۶۳	۳۲/۲۶	۲/۸۱	۳۱/۹۳	۲/۴

رفت. که نتایج آن در فراوانی رفتارهای خودجرحی ($F=1/0.53$, $p=0/357$)، شدت رفتارهای خودجرحی ($F=0/44$, $p=0/513$)، اجتناب تجربه‌ای ($F=0/437$, $p=0/437$)، محاسبه شد، بنابراین این پیش‌فرض تأیید شد. علاوه بر این آزمون ام باکس برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کواریانس به کار گرفته شد که نتایج آن در متغیر فراوانی رفتار خودجرحی ($F=0/889$, $p=0/558$)، شدت رفتارهای خودجرحی ($F=1/307$, $p=0/083$)، اجتناب تجربه‌ای ($F=3/26$, $p=0/053$)، روان رنجوری ($F=0/539$, $p=0/779$) و روان رنجوری ($F=0/841$, $p=0/37$) و روان رنجوری ($F=0/873$, $p=0/29$) نشانگر تأیید شدن این مفروضه پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی پیش فرض کرویت در فراوانی رفتار خودجرحی (با آماره موچلی $0/776$ با مجذور خی دو $2/32$)، شدت رفتار خودجرحی (با آماره موچلی $0/862$ با مجذور خی دو $4/61$)،

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای فراوانی رفتار خودجرحی، شدت رفتار خودجرحی (شامل کارکردهای درون فردی و بین فردی)، اجتناب تجربه‌ای و روان رنجوری تقریباً مشابه به هم می‌باشد، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در متغیرهای ذکر شده کاهش نشان داد و با بهبود همراه بود که معناداری این تغییرات در ادامه با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، مفروضه‌های زیربنایی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمالیتی از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج نشان داد متغیرهای وابسته بین ۲ و ۲- قرار گرفتند. این به معنای معنی دار بودن داده‌ها می‌باشد. بنابراین همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در فراوانی رفتار خودجرحی ($r=0/69$) شدت رفتار خودجرحی ($r=0/65$)، اجتناب تجربه‌ای ($r=0/71$) و روان رنجوری ($r=0/63$) محاسبه شد. بنابر همبستگی‌های فوق، پیش‌فرض خطی بودن روابط متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) وابسته تحقق یافت. همچنین آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها بکار

متغیرهای فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان رنجوری (در سطح خطای ۰/۰۵) می‌باشد. باتوجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر می‌توان از این آزمون استفاده نمود.

اجتناب تجربه‌ای (با آماره موچلی ۰/۹۰۳ با مجذور خی دو ۲/۱۲) و روان رنجوری (با آماره موچلی ۰/۸۶ با مجذور خی دو ۴/۰۵) معنی دار نمی‌باشد که بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار بین واریانس اختلافات و تایید پیش‌فرض کرویت در

جدول ۳. نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب

تجربه‌ای و روان رنجوری

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی-داری	مجدور اتا
فراوانی رفتارهای خودجرحی	درون گروهی	زمان	۱	۱۲۴۴۱/۶	۲۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
		زمان*گروه	۱	۶۲۰۱/۶۶	۱۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲
		خطا	۲۸	۱۳۱۵۵/۷۳	۴۶۹/۸۴		
	بین گروهی	گروه	۱	۲۱۸۰۸/۹	۴/۲۷	۰/۰۴۸	۰/۱۳۳
		خطا	۲۸	۱۴۲۷۲۶/۸۸	۵۰۹۷/۳۸		
		زمان	۱	۵۸۹/۰۶	۲۰۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
شدت رفتارهای خودجرحی	درون گروهی	زمان	۱	۵۸۹/۰۶	۲۰۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
		زمان*گروه	۱	۴۹۳/۰۶	۱۷۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
		خطا	۲۸	۷۸/۸۶	۲/۸۱		
	بین گروهی	گروه	۱	۱۵۵۴/۱۷	۳۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
		خطا	۲۸	۱۴۲۱/۸۲	۵۰/۷۷		
		زمان	۱	۱۲۳/۲۶	۱۰۹/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
کارکرد درون فردی	درون گروهی	زمان	۱	۱۲۳/۲۶	۱۰۹/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
		زمان*گروه	۱	۹۶/۲۶	۸۵/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
		خطا	۲۸	۳۱/۴۶	۱/۱۲		
	بین گروهی	گروه	۱	۴۰۹/۶	۴۹/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
		خطا	۲۸	۳۸۵/۶۸	۱۳/۷۷		
		زمان	۱	۱۷۳/۴	۶۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲
کارکرد بین فردی	درون گروهی	زمان	۱	۱۷۳/۴	۶۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲
		زمان*گروه	۱	۱۵۳/۶	۱۵۳/۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
		خطا	۲۸	۷۰	۲/۵		
	بین گروهی	گروه	۱	۳۶۸/۰۴	۱۰/۳۳	۰/۰۰۳	۰/۲۷
		خطا	۲۸	۹۹۷/۲۴	۳۵/۶۱		
		زمان	۱	۲۹۹/۲۶	۸۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵
اجتناب تجربه‌ای	درون گروهی	زمان	۱	۲۹۹/۲۶	۸۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵
		زمان*گروه	۱	۱۶۰/۰۶	۴۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
		خطا	۲۸	۹۹/۶۶	۳/۵۶		
	بین گروهی	گروه	۱	۷۲۲/۵	۱۵/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
		خطا	۲۸	۱۱۷۱/۷۲	۳۶/۶۱		
		زمان	۱	۲۶۴/۶	۲۵۲/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹
روان رنجوری	درون گروهی	زمان	۱	۲۶۴/۶	۲۵۲/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹
		زمان*گروه	۱	۱۴۱/۰۶	۱۳۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۸
		خطا	۲۸	۲۹/۳۳	۱/۰۴		

۰/۴۱۷	۰/۰۰۱	۲۰	۳۶۰	۱	۳۶۰	گروه	بین گروهی
			۱۷/۹۹	۲۸	۵۰۳/۹۵	خطا	

معنادار است ($p < 0.01$). نتایج اثرات بین گروهی نشان می‌دهد که بین نمرات فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$).

با توجه به نتایج جدول ۳، در درمان یکپارچه فراتشخیصی بین فراوانی رفتار خودجرحی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). نتایج اثر تعاملی زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در همه متغیرها

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرونی در گروه آزمایش و کنترل در فراوانی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان

رنجوری

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال معنی‌داری
فراوانی رفتارهای خودجرحی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۷/۴۳	۵/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۱/۳۶	۰/۸۵۲	۰/۳۵۹
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲۸/۸	۵/۵۹	۰/۰۰۱
شدت رفتارهای خودجرحی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۳۳	۰/۲۶۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۴۳	۰/۹۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	۶/۲۶	۰/۴۳۳	۰/۰۰۱
کارکردهای درون فردی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۹	۰/۲۲۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۲۰۵	۰/۹۷
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۸۶	۰/۲۷۴	۰/۰۰۱
کارکرد بین فردی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۴۳	۰/۲۸۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۲۳۴	۰/۹۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۴	۰/۴۰۸	۰/۰۰۱
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۳۳	۰/۳۵۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۳۴۹	۰/۹۵
	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۴۶	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
روان‌رنجوری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۱۳	۰/۲۳۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۸۸	۰/۹۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۲	۰/۲۶۴	۰/۰۰۱

درمان بر متغیرهای فوق می‌باشد و از سوی دیگر، وجود تفاوت معنادار در مرحله پیگیری ($p < 0.01$) نشان می‌دهد اثرات درمان بر تمامی متغیرهای پژوهش در طول دوره پیگیری حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان گفت که در متغیرهای فراوانی رفتار خودجرحی، شدت رفتار خودجرحی، (کارکرد درون فردی و کارکرد بین فردی)، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0.01$) که نشان دهنده اثربخشی این

نتایج یک فراتحلیل [۵۵] نیز نشان داد، درمان‌های کاهش رفتار خودجرحی نظیر درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند از شدت رفتار خودجرحی بکاهد. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که در درمان یکپارچه فراتشخیصی مراجع به‌وسیله آگاهی بیشتر نسبت به هیجان‌ها [۹۱]، مسلط شدن بر آنها و نیز کاهش تحریف‌های شناختی و برداشت‌های منفی نسبت به خود، مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی خویش را ارتقا داده و بهبود می‌بخشد [۴۸]، در نتیجه در هنگام درگیری با رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا با شدت کمتری این کار را انجام می‌دهد. زیرا مراجع هم ذهن‌آگاهی و توجه به رفتارهای خودکار را آموخته [۹۲] و هم می‌داند این نوع رفتار برخاسته از هیجان‌های ناخوشایند او است. بنابراین می‌تواند این هیجان‌ها را نظاره کند و بدون داشتن برداشت منفی نسبت به خود، آنها را بپذیرد و در نتیجه رفتار سازگارانه‌ای را جایگزین رفتار خودجرحی کند. در واقع مراجع با تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی و ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر خود بهتر می‌تواند هیجانات ناخوشایند خود را تحمل کند؛ در نتیجه شدت هیجانات منفی او کاهش یافته و با شدت کمتری رفتارهای خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را انجام می‌دهد.

دیگر یافته پژوهش آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو، اجتناب تجربه‌ای را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد. این یافته همسو با نتایج [۲۲، ۶۰، ۶۷، ۹۰، ۹۲] می‌باشد. به عنوان مثال در پژوهش بامشگی [۶۷] نشان داده شد درمان یکپارچه فراتشخیصی اجتناب تجربه‌ای را کاهش می‌دهد. همچنین در مطالعه‌ای [۶۱] نشان داده شد به‌دنبال کاهش اجتناب تجربه‌ای علائم اختلال هیجانی کاهش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان یکپارچه فراتشخیصی مراجع می‌آموزد که خودجرحی غیرخودکشی‌گرا نوعی راه‌گزین است که فرد برای خلاصی از هیجان‌های ناخوشایند استفاده می‌کند [۲۴]. به‌تدریج که در فرایند درمان، ذهن‌آگاهی تمرین می‌گردد و به‌جای اجتناب از هیجان‌های آزاردهنده در جهت پذیرفتن هیجان‌ها تلاش می‌شود، اجتناب تجربه‌ای کاهش می‌یابد [۹۴] و مراجع بیشتر با افکار و هیجان‌های ناخوشایند مواجه می‌شود، بیشتر می‌تواند آنها را تحمل کند؛ در نتیجه به‌جای رفتارهای اجتنابی، رفتارهای سازگارانه را به‌کار می‌برد. در درمان تمرین عمل متضاد، تحمل احساس‌های بدنی و مواجهه با هیجان‌ها انجام

هدف پژوهش فعلی بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو بر فراوانی رفتار خودجرحی، شدت رفتار خودجرحی، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری در زنان دارای خودجرحی غیرخودکشی‌گرا بود. یکی از نتایج پژوهش آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو، فراوانی رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد. این یافته همسو با نتایج [۵، ۳۹، ۵۲، ۵۶] می‌باشد. در پژوهش [۳۹] نشان داده شد درمان یکپارچه فراتشخیصی از فراوانی رفتار خودجرحی غیر خودکشی‌گرا می‌کاهد. همچنین در مطالعه [۵] نشان داده شد درمان مبتنی بر تکنیک‌های شناختی رفتاری، باعث کاهش معنادار فراوانی رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا شده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در درمان یکپارچه فراتشخیصی مراجع با ابعاد مختلف هیجان (یعنی بعد شناختی، جسمانی و رفتاری) آشنا می‌شود و با مداخلات ذهن‌آگاهانه توجه کردن به تجربه کنونی را فرا گرفته، هیجان‌های خود را به‌صورت غیر قضاوتی مشاهده کرده و می‌پذیرد [۸۹]، این فرایند سبب افزایش تحمل‌پذیری و بهبود تنظیم هیجان می‌شود [۹۰]، در کنار مهارت ذهن‌آگاهی، فرد از رفتارهایی که منشا هیجانی دارند (مانند رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا) آگاه می‌شود و می‌آموزد که این رفتارها بصورت خودکار و برخاسته از هیجانات منفی می‌باشند، بدین ترتیب سعی می‌کند رفتارهای اجتنابی را حذف و رفتارهای سازگارانه را جایگزین نماید [۵۶]؛ در نتیجه میزان رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا کاهش می‌یابد. در واقع مراجع با فراگیری ذهن‌آگاهی، نسبت به هیجانات منفی خویش پذیرش بیشتری پیدا می‌کند، در نتیجه از میزان آسفتگی‌اش کاسته شده و کمتر تلاش می‌کند با رفتاری مانند خودجرحی از هیجانات خود فرار کند و در عوض با تمرین ذهن‌آگاهی، پذیرش و نیز جایگزینی رفتارهای سازگارانه، از میزان رفتار خودجرحی خود می‌کاهد.

دیگر نتیجه پژوهش آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو، شدت رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد این یافته مطابق با نتایج [۴۷، ۵۷، ۵۵] می‌باشد. بعنوان مثال در مطالعه‌ای نشان داده شد که دو مرحله از این درمان یعنی ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توانند انگیزه‌های مرتبط با این رفتار (یا کارکردهای رفتار خودجرحی) را کاهش دهند [۴۷].

بودن تعداد سوالات، از فرم کوتاه پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای استفاده گردید. و نیز به دلیل محدود بودن زمان اجرای پژوهش، دوره پیگیری دو ماهه بود. بنابر محدودیت‌ها توصیه می‌شود محققان نمونه‌هایی با حجم بیشتر و شامل هر دو جنس زن و مرد را مورد توجه قرار دهند، همچنین برای دستیابی به اطلاعات کامل‌تر از فرم طولانی‌تر این پرسشنامه و نیز دیگر پرسشنامه‌ها (نظیر پرسشنامه پذیرش و عمل) استفاده نمایند. علاوه بر این توصیه می‌گردد دوره پیگیری طولانی‌تری را در نظر گرفته شود تا نتایج جزئی‌تری درباره حفظ نتایج درمان در طول زمان بدست آورند. این پژوهش نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا، اجتناب تجربه‌ای و روان‌رنجوری را کاهش دهد. بنابراین ضروری است مداخلات پیشگیرانه و درمانی در قالب جلسات آموزشی برای این جوانان ارائه گردد تا نسبت به هیجان‌هایشان بینش یافته و آنها را بپذیرند و نیز رفتارهای موثری را جایگزین رفتارهای ناسازگارانه و رفتارهای خودجرحی کرده و با هیجانات خود به طور موثر مواجه شوند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول با کد اخلاق IR.UM.REC.1403.110 می‌باشد. اصول رازداری، رضایت آگاهانه و داوطلبانه بودن در پژوهش رعایت شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

سپاس‌گزاری

از همه شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- Schmidt C, Briones-Buixassa L, Nicolaou S, Soler J, Pascual JC, Vega D. Non-suicidal self-injury in young adults with and without borderline personality disorder: the role of emotion dysregulation and negative urgency. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2023;39(3):345-353.
<https://doi.org/10.6018/analesps.492631>
- Shen Y, Chen D, Guo J, Zheng Y, Zhang J, Zhan S, et al. Co-developmental trajectories of suicidal ideation and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: Transdiagnostic predictors and association with suicide attempts. *Suicide and*

می‌شود که همگی با هدف افزایش تحمل آشفتگی و کاهش اجتناب صورت می‌گیرد [۶۸]. علاوه بر این با کاهش آشفتگی مراجع [۵۹]، انعطاف‌پذیری شناختی او افزایش می‌یابد، در نتیجه کمتر از اجتناب تجربه‌ای بعنوان راهبردی برای نظم‌جویی هیجان استفاده می‌کند. به طور کلی مراجع در طول درمان ضمن فراگیری ذهن‌آگاهی هیجانی، از بیهودگی اجتناب تجربه‌ای مطلع می‌شود و با انجام تمرین‌های مواجهه تلاش می‌کند خطاهای شناختی خود را اصلاح کند و در نهایت با یادگیری رفتارهای سازگارانه، اجتناب تجربه‌ای خود را به حداقل برساند.

یکی از یافته‌های پژوهش آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند روان‌رنجوری را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. این یافته با نتایج [۴۸، ۶۲، ۶۳] همسو می‌باشد. این پژوهشگران معتقدند درمان یکپارچه فراتشخیصی با تمرکز بر مواجهه با هیجانات ناخوشایند و نیز آموزش تحمل آنها، سبب بهبود علائم روان‌رنجوری می‌گردد [۶۵، ۶۲]. در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان یکپارچه فراتشخیصی مراجع با تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌آموزد هیجانات آزاردهنده خود را بدون داوری مشاهده نماید و آنها را بپذیرد [۶۴]، بنابراین میزان آشفتگی هیجانی در او کاهش یافته و کمتر سعی می‌کند از هیجانات خود اجتناب نماید. همچنین در فرایند درمان مراجع مواجهه با موقعیت‌های هیجانی را تجربه می‌کند و تلاش می‌کند به جای استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب [۵۴] رفتارهای سازگارانه‌ای را جایگزین نماید، بنابراین با بهبود در تنظیم هیجان و اصلاح خطاهای شناختی، علائم روان‌رنجوری فرد کاهش یافته و کمتر درگیر رفتار خودجرحی غیر خودکشی‌گرا می‌شود. به طور کلی مراجع با یادگیری آگاهی نسبت به هیجانات، افزایش تحمل آشفتگی و اصلاح خطاهای شناختی خویش، کمتر به اطلاعات منفی توجه کرده و می‌تواند رویدادها را از دید دیگری بنگرد، در نتیجه با تمرین بازسازی شناختی و ایجاد انعطاف‌پذیری در افکار، هیجانات منفی کمتری را تجربه کرده و روان‌رنجوری اش کاهش می‌یابد.

محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهش

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود، به دلیل اجرای درمان بر نمونه ۳۰ نفری از زنان در شهر مشهد، تعمیم نتایج نمونه به جامعه محدود می‌باشد. علاوه بر این باتوجه به زیاد

- disorders. 2022;306:240-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.021>
12. Mason CK. Expanding the emotional cascade model of borderline personality disorder with negative thoughts, thought control strategies, suicide attempts, and non-suicidal self-injury: Mississippi State University; 2024. <https://scholarsjunction.msstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7251&context=td>
 13. Thomas D, Bonnaire C. Relationship between non-suicidal self-injury and emotion dysregulation among male and female young adults. Psychological reports. 2023;00332941231183336. <https://doi.org/10.1177/00332941231183336>
 14. Ge Y, Xiao Y, Li M, Yang L, Song P, Li X, et al. Maladaptive cognitive regulation moderates the mediating role of emotion dysregulation on the association between psychosocial factors and non-suicidal self-injury in depression. Frontiers in psychiatry. 2023;14:1279108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1279108>
 15. Dobias ML, Chen S, Fox KR, Schleider JL. Brief interventions for self-injurious thoughts and behaviors in Young people: A systematic review. Clinical child and family psychology review. 2023;26(2):482-568 [10.1007/s10567-023-00424-9](https://doi.org/10.1007/s10567-023-00424-9).
 16. Liao C, Gu X, Wang J, Li K, Wang X, Zhao M, et al. The relation between neuroticism and non-suicidal self-injury behavior among college students: Multiple mediating effects of emotion regulation and depression. International journal of environmental research and public health. 2022;19(5):2885. [10.3390/ijerph19052885](https://doi.org/10.3390/ijerph19052885)
 17. Fan Y-y, Liu J, Zeng Y-y, Conrad R, Tang Y-l. Factors associated with non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: a meta-analysis. Frontiers in psychiatry. 2021;12:747031. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747031>
 18. Zhang Y, Gong L, Feng Q, Hu K, Liu C, Jiang T, et al. Association between negative life events through mental health and non-suicidal self-injury with young adults: evidence for sex moderate correlation. BMC psychiatry. 2024;24(1):466. [10.1186/s12888-024-05880-3](https://doi.org/10.1186/s12888-024-05880-3)
 19. Angelakis I, Gooding P. Experiential avoidance in non-suicidal self-injury and suicide experiences: A systematic review and meta-analysis. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2021;51(5):978-992. [10.1111/sltb.12784](https://doi.org/10.1111/sltb.12784)
 20. Haywood SB, Hasking P, Boyes ME. Untangling the link between experiential avoidance and non-suicidal self-injury: a multidimensional approach. Australian Journal of Psychology. 2024;76(1):2315951. <https://doi.org/10.1080/00049530.2024.2315951>
 - Life-Threatening Behavior. 2024.54(4).632-648. <https://doi.org/10.1111/sltb.13074>
 3. Lee C-HJ, Ortiz JMH, Glenn CR, Kleiman EM, Liu RT. 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. 2024;358:302-308. [10.1016/j.jad.2024.02.086](https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.086)
 4. First MB, Clarke DE, Yousif L, Eng AM, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: rationale, process, and overview of changes. Psychiatric Services. 2023 74:8. 869-875. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220334>
 5. Rockstroh F, Edinger A, Josi J, Brunner R, Resch F, Kaess M. Brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescents with nonsuicidal self-injury: outcomes over a 2–4-year follow-up. Psychotherapy and psychosomatics. 2023;92(4):243-254. <https://doi.org/10.1159/000531092>
 6. Wang M, Eaton NR. Linking non-suicidal self-injury to psychopathology: The utility of transdiagnostic and DSM-based models. Journal of affective disorders. 2023;332:55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.075>
 7. Hu Z, Yu H, Zou J, Zhang Y, Lu Z, Hu M. Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. Brain and behavior. 2021;11(12):e2419. <https://doi.org/10.1002/brb3.2419>
 8. Buelens T, Luyckx K, Kiekens G, Gandhi A, Muehlenkamp JJ, Claes L. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. Journal of affective disorders. 2020;260:314-322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.009>
 9. Qu D, Wen X, Liu B, Zhang X, He Y, Chen D, et al. Non-suicidal self-injury in Chinese population: a scoping review of prevalence, method, risk factors and preventive interventions. The Lancet Regional Health–Western Pacific. 2023.37. 100794. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100794>.
 10. Babaeifard M, Akbari M, Mohammadkhani S, Hasani J, Shahbazian R, Selby EA. Early maladaptive schemas, distress tolerance and self-injury in Iranian adolescents: serial mediation model of transdiagnostic factors. BJPsych open. 2024;10(3):e116. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.708>
 11. Wilkinson PO, Qiu T, Jesmont C, Neufeld SA, Kaur SP, Jones PB, et al. Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. Journal of affective

- conduct problems and mood disorders with adulthood suicidality. Scientific reports. 2023;13(1):4292. [10.1038/s41598-023-31338-9](https://doi.org/10.1038/s41598-023-31338-9)
31. Yang J, Mao Y, Niu Y, Wei D, Wang X, Qiu J. Individual differences in neuroticism personality trait in emotion regulation. Journal of Affective Disorders. 2020;265:468-474. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.086>
32. Park C, Hyun M-H. Moderating effect of psychological flexibility in the relationship between neuroticism and self-harm. Korean Journal of Clinical Psychology. 2022;41(1):24-31. [10.15842/kjcp.2022.41.1.003](https://doi.org/10.15842/kjcp.2022.41.1.003)
33. Wright-Hughes A, Walwyn R, Wright JM, Farrin A, Fonagy P, Ougrin D, et al. Reducing self-harm in adolescents. An individual participant data meta-analysis (RISA-IPD): systematic review protocol. BMJ open. 2021;11(5):e049255. [10.1136/bmjopen-2021-049255](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049255)
34. Rodante DE, Chiapella LC, Olivera Fedi R, Papávero EB, Lavoie KL, Daray FM. A randomized 3-month, parallel-group, controlled trial of CALMA m-health app as an adjunct to therapy to reduce suicidal and non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents: study protocol. Front Psychiatry. 2023;14:1087097. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1087097>
35. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2017;74(9):875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
36. Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, Farchione TJ. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. World Psychiatry. 2020;19(2):245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20748>
37. Osma J, Martínez-García L, Quilez-Orden A, Peris-Baquero Ó. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in medical conditions: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(10):5077. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>
38. Zirakbash A, Naderi F, Marashian FS, Makvandi B. Designing unified trans-diagnostic interventions and their efficacy on the common mechanisms of the comorbid obsessive personality disorder with anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder: A protocol study. Journal of Education and Health Promotion. 2023;12(1):35. [10.4103/jehp.jehp_1254_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1254_22)
39. Bentley KH. Applying the unified protocol transdiagnostic treatment to nonsuicidal self-injury and co-occurring emotional disorders: A
21. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. Archives of suicide research. 2020;24(sup1):1-24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>
22. Mousapour M, Mirzaei H, Sadeghi F. Effectiveness of Mindfulness Training on Experiential Avoidance, Self-Compassion, and Physiological Indices in Women with Breast Cancer. Applied Family Therapy Journal (AFTJ). 2024;5(1):177-186. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.1.19>
23. Wang W, Wang X, Duan G. Non-suicidal self-injury and suicidal ideation among Chinese college students of childhood emotional abuse: associations with rumination, experiential avoidance, and depression. Frontiers in psychiatry. 2023;14:1232884. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1232884>
24. Ding H, Zhu L, Wei H, Geng J, Huang F, Lei L. The relationship between cyber-ostracism and adolescents' non-suicidal self-injury: mediating roles of depression and experiential avoidance. International journal of environmental research and public health. 2022;19(19):12236. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912236>
25. Im S, Kähler J. Evaluating the empirical evidence for three transdiagnostic mechanisms in anxiety and mood disorders. The Journal of general psychology. 2022;149(2):232-257. [10.1080/00221309.2020.1828252](https://doi.org/10.1080/00221309.2020.1828252)
26. Peng B, Liao J, Li Y, Jia G, Yang J, Wu Z, et al. Personality characteristics, defense styles, borderline symptoms, and non-suicidal self-injury in first-episode major depressive disorder. Frontiers in psychology. 2023;14:989711. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.989711>
27. Kim H, Park J, Kuhn M, Kim MJ, Hur J. Neuroticism modulates functional connectivity of the midcingulate cortex during emotional conflict. Scientific Reports. 2025;15(1):13095. [10.1038/s41598-025-97529-8](https://doi.org/10.1038/s41598-025-97529-8)
28. Deason KG, Luchetti M, Karakose S, Stephan Y, O'Súilleabháin PS, Hajek A, et al. Neuroticism, loneliness, all-cause and cause-specific mortality: A 17-year study of nearly 500,000 individuals. Journal of Affective Disorders. 2025;368:274-281. [10.1016/j.jad.2024.09.077](https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.077)
29. Pawlak M, Schmidtler H, Kopala-Sibley DC. Neuroticism and extraversion as predictors of first-lifetime onsets of depression, anxiety, and suicidality in high-risk adolescents. Development and psychopathology. 2025;37(1):529-540. [10.1017/S0954579424000130](https://doi.org/10.1017/S0954579424000130)
30. Wang T-Y, Chen H-C, Hsu C-D, Chen I-M, Liao S-C, Chang C-E, et al. The mediating effects of personality traits on the relationship of youth

48. Peris-Baquero Ó, Moreno-Pérez J, Navarro-Haro M, Díaz-García A, Osma J. Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2023;331:313-321. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.079>
49. Carlucci L, Saggino A, Balsamo M. On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2021;87:101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
50. Longley SL, Gleiser TS. Efficacy of the Unified Protocol: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2023;30(2):208-221. <https://doi.org/10.1037/cps0000141>
51. Rodríguez-Mora Á, Del Río FJ, Mallat I, Gemar E, Barrilado L, Fernández A, et al. Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en una muestra universitaria. *Acción psicológica*. 2022;19(2):97-114-97. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37006>
52. Cassiello-Robbins C, Southward MW, Tirpak JW, Sauer-Zavala S. A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*. 2020;78:101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
53. Elhousseini SA, Cravens LE, Southward MW, Sauer-Zavala S. Associations between improvements in aversive reactions to negative emotions and increased quality of life in the Unified Protocol. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2022;32(1):25-32. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.12.001>
54. Arunya B, Sudhir PM, Arumugham SS. Effect of Unified Protocol on neuroticism, emotion regulation skills, and symptom severity—A case series. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2023;14:100619. [10.1016/j.jadr.2023.100619](https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100619)
55. Arqueros VP, Ibáñez-Beroiz B, Goñi-Sarriés A, Jiménez AG. Efficacy of psychotherapeutic interventions for non-suicidal self-injury in adolescent population: Systematic review and meta-analysis. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2023. 16(2): 119-126. [10.1016/j.rpsm.2022.10.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.10.001)
56. Bjureberg J, Ojala O, Hesser H, Häbel H, Sahlin H, Gratz KL, et al. Effect of internet-delivered emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: a randomized clinical trial. *JAMA network open*. case illustration. *Journal of clinical psychology*. 2017;73(5):547-558. <https://doi.org/10.1002/jclp.22452>
40. Bentley KH, Jaroszewski AC. Application of the Unified Protocol for Treatment of Nonsuicidal Self-Injury. 2023. 1091-1111. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197611272_013.54
41. Farchione TJ, Long LJ, Spencer-Laitt D, Moreno J, Barlow DH. State of the Science: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Therapy*. 2024. 55(6). 1189-1204. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>
42. Pan M-R, Liu X-Y, Gao X, Fu Z-F, Liu L, Li H-M, et al. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents in China: A Pilot Study. *Behavior Therapy*. 2025. 56(1). 145-161. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.05.003>
43. Bentley KH, Sauer-Zavala S, Stevens KT, Washburn JJ. Implementing an evidence-based psychological intervention for suicidal thoughts and behaviors on an inpatient unit: Process, challenges, and initial findings. *General hospital psychiatry*. 2020;63:76-82. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.09.012>
44. Sauer-Zavala S, Tirpak JW, Eustis EH, Woods BK, Russell K. Unified protocol for the transdiagnostic prevention of emotional disorders: Evaluation of a brief, online course for college freshmen. *Behavior Therapy*. 2021;52(1):64-76. [10.1016/j.beth.2020.01.010](https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.010)
45. Pérez-Esteban A, Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Al-Halabi S, Lucas-Molina B, Debbané M, et al. The assessment of transdiagnostic dimensions of emotional disorders: Validation of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI) in adolescents with subthreshold anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2024. 357. Pages 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.081>
46. Farchione TJ, Fitzgerald HE, Curreri A, Janes AC, Gallagher MW, Sbi S, et al. Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemporary clinical trials*. 2021;108:106512. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106512>
47. Bentley KH, Nock MK, Sauer-Zavala S, Gorman BS, Barlow DH. A functional analysis of two transdiagnostic, emotion-focused interventions on nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(6):632-646. <https://doi.org/10.1037/ccp0000205>

- World journal of clinical cases. 2022;10(24):8599-8614. [10.12998/wjcc.v10.i24.8599](https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i24.8599)
65. Ferreres-Galán V, Peris-Baquero Ó, Moreno-Pérez J, Osma J. Is the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders equally effective for men and women? *Current Psychology*. 2024;43(29):24581-24594. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06159-2>
66. Calvete E, Royuela-Colomer E, Maruottolo C. Emotion dysregulation and mindfulness in non-suicidal self-injury. *Psychiatry research*. 2022;314:114691. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114691>
67. Bamesghi M, Kimiaei A, Mashhadi A. Effectiveness of a unified protocol on emotion regulation and experiential avoidance in women with comorbid major depressive and generalized anxiety symptoms. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2020;22 (6). https://jfmh.mums.ac.ir/article_17559_a9ed3a994542813d9733fd52cad28211.pdf
68. Espinosa V, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P, Arnáez S, Schmitt JC, et al. Efficacy of a transdiagnostic internet-based program for adolescents with emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2024;179:104560. [10.1016/j.brat.2024.104560](https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104560)
69. Garcia-Toro M, Aguilar-Latorre A, Garcia A, Navarro-Guzmán C, Gervilla E, Seguí A, et al. Mindfulness skills and experiential avoidance as therapeutic mechanisms for treatment-resistant depression through mindfulness-based cognitive therapy and lifestyle modification. *Frontiers in psychology*. 2023;14:1008891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1008891>
70. Peláez T, López-Carrilero R, Espinosa V, Balsells S, Ochoa S, Osma J. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra high risk for psychosis: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2024. 367(15):934-943. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.036>
71. Stumpp NE, Southward MW, Sauer-Zavala S. Assessing theories of state and trait change in neuroticism and symptom improvement in the Unified Protocol. *Behavior therapy*. 2024;55(1):93-105. [10.1016/j.beth.2023.05.005](https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.005)
72. Nasiri F, Ellard KK, Mashhadi A, Bigdeli I, Ghanaei-Chamanabad A. Augmenting the unified protocol with transcranial direct current stimulation :Effects on emotion regulation and executive dysfunction. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023;30(2):446-457. <https://doi.org/10.1002/cpp.2812>
73. Arani AM, Hosseini S, Lotfinia S, Ebrahimi LS, Mousavi SE, Mohammadzadeghan R, et al. The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents: A randomized controlled trial. *World journal of clinical cases*. 2023;6(7):e2322069. [10.1001/jamanetworkopen.2023.22069](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22069)
57. Calvo N, García-González S, Perez-Galbarro C, Regales-Peco C, Lugo-Marin J, Ramos-Quiroga J-A, et al. Psychotherapeutic interventions specifically developed for NSSI in adolescence: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. 2022;58:86-98. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.02.009>
58. Fernandes B, Wright M, Essau CA. The Role of Emotion Regulation and Executive Functioning in the Intervention Outcome of Children with Emotional and Behavioural Problems. *Children (Basel)*. 2023;10(1). 139. <https://doi.org/10.3390/children10010139>
59. Tonarely NA, Sherman JA, Grossman RA, Ehrenreich-May J. Targeting elevated borderline features in adolescents using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A). *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2021;6(1):47-64. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1805821>
60. Gallegrían S, Delfeh E, Ghamarani A, Poladi Reishahri A. The Effect of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Experiential Avoidance and Suicidal Ideation in the Girls Victim of Domestic Violence. *Psychological Methods and Models*. 2022;12(46):69-84. <https://doi.org/10.30495/jpmm.2022.27578.3344> (In Persian).
61. Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Bennett SM, Barlow DH. *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes: Manual del paciente: Ediciones Pirámide*; 2020. <https://www.edicionespiramide.es/libro/manuales-practicos/protocolo-unificado-para-el-tratamiento-transdiagnostico-de-los-trastornos-emocionales-en-adolescentes-jill-ehrenreich-may-9788436843248/>
62. Sauer-Zavala S, Fournier JC, Steele SJ, Woods BK, Wang M, Farchione TJ, et al. Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological medicine*. 2021;51(14):2378-2387. [10.1017/S0033291720000975](https://doi.org/10.1017/S0033291720000975)
63. Osma J, Peris-Baquero O, Suso-Ribera C, Sauer-Zavala S, Barlow D. Predicting and moderating the response to the unified protocol: Do baseline personality and affective profiles matter? *Cognitive Therapy and Research*. 2021;45:817-830. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10208-6>
64. Yan K, Yusufi MH, Nazari N. Application of unified protocol as a transdiagnostic treatment for emotional disorders during COVID-19: an internet-delivered randomized controlled trial.

- Disord Emot Dysregul. 2021;8(1):27. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00168-4>
82. Rosellini AJ, Brown TA. The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment*. 2019;31(1):59-72. [10.1037/pas0000649](https://doi.org/10.1037/pas0000649)
 83. Rosellini AJ. Initial development and validation of a dimensional classification system for the emotional disorders. the degree of Doctor of Philosophy. Boston University. 2013. <https://open.bu.edu/server/api/core/bitstreams/2f54f413-d021-4815-8b3a-b10bac5a2ee9/content>
 84. Osma J, Martínez-Loredo V, Quilez-Orden A, Peris-Baquero O, Ferreres-Galán V, Prado-Abril J, et al. Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders*. 2023;320:65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>
 85. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Suzuki N, Watson D. The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychological assessment*. 2014;26(1):35-45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
 86. Greene D, Hasking P, Boyes M. The associations between alexithymia, non-suicidal self-injury, and risky drinking: The moderating roles of experiential avoidance and biological sex. *Stress and Health*. 2019;35(4):457-467. [10.1002/smi.2879](https://doi.org/10.1002/smi.2879)
 87. Izadi-Mazidi M. Explaining Nonsuicidal Self-injury in Adolescents Based on Nock's Integrated model: Testing the structural model and Efficacy of Unified Transdiagnostic Treatment for it: the degree of Doctor of Philosophy . Shahed University; 2019. **(In Persian)**.
 88. Haywood SB. Experiential Avoidance and Non-Suicidal Self-Injury: for PhD. Curtin University; 2023. <http://hdl.handle.net/20.500.11937/93477>
 89. Mosleh Q, Habibi Kaleybar, R., Alipour, F., Aldin, E. Meta-analysis of Effectiveness the of Mindfulness-Based Interventions on Emotion Regulation. *Journal of clinical psychology & Personality* 2024;22 (1):29-50. [10.22070/cpap.2024.15705.1187](https://doi.org/10.22070/cpap.2024.15705.1187). **(In Persian)**.
 90. Sherman JA, Ehrenreich-May J. Changes in risk factors during the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents. *Behavior Therapy*. 2020;51(6):869-881. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002>
 91. Rahimi M, Bahramipour, M. The Effective of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotional Awareness, Cognitive Emotion Regulation and positive and negative Affect in Anxious Children Comparative Efficacy of Unified Transdiagnostic Protocol (UP) and Mindfulness-Based Stress Reduction Protocol (MBSR) on Emotion Regulation and Uncertainty Intolerance in Infertile Women Receiving IVF. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2023;30(3):578-588. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09917-1>
 74. Gall M, Gall J, Borg R. Educational research: An introduction (8th ed.). New York, NY: Pearson Education.2007. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1035831>.
 75. Klonsky ED, Glenn CR. 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*. 2009;31:215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
 76. Bentley KH, Sauer-Zavala S, Wilner J. The unique contributions of distinct experiential avoidance domains to severity and functionality of non-suicidal self-injury. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2015;6(1):40-57. <https://doi.org/10.5127/jep.040613>
 77. Gray N, Hasking P, Boyes M. Cognitive and emotional factors associated with the desire to cease non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;78(9):1896-1911. <https://doi.org/10.1002/jclp.23336>
 78. 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. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2014:141-158. https://jcps.atu.ac.ir/article_349_4cfe5a44287c2820720dd9f4a397dac9.pdf?lang=en. **(In Persian)**.
 79. Khanipur H, Borjali A, Falsafinejad Mr. Non-suicidal Self-injury in delinquent adolescents and adolescents with history of childhood maltreatment: motivation and suicide probability. *Psychology of Exceptional Individual*. 2016;6 (12):59-79. https://jpe.atu.ac.ir/article_5281_d182fa8676122abb2f993913dcd66c6.pdf?lang=en. **(In Persian)**.
 80. Lotfi S, Peyvastegar, M., Khosravi, Z., Khodabakhshi Pirkhani, R., Mehrienejad, A. Psychometric properties of the persian version of the scale of statements related to self-injury in students. *Monthly Journal of Psychological Science*. 2022;21 (110):321-336. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.110.321>. **(In Persian)**.
 81. Rezaei O, Athar ME, Ebrahimi A, Jazi EA, Karimi S, Ataie S, et al. Psychometric properties of the persian version of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Borderline Personal*

- Transdiagnostic Unified Protocol with university students. International journal of psychology and psychological therapy. 2023;23(2):195-206. [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-TelepsychologyClinicalUtilityOfTheTransdiagnosticU-8978909%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-TelepsychologyClinicalUtilityOfTheTransdiagnosticU-8978909%20(1).pdf)
94. Smith IS, Bind MA, Weihs KL, Bei B, Wiley JF. Targeting emotional regulation using an Internet-delivered psychological intervention for cancer survivors: A randomized controlled trial. British Journal of Health Psychology. 2023;28(4):1185-1205. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12679>
- Journal of clinical psychology & Personality 2024;22 (1):179-196. [10.22070/cpap.2024.16501.1252](https://doi.org/10.22070/cpap.2024.16501.1252) (In Persian).
92. Ashtiani MC, Fattahi N, Balali D, Alavi SH, Mahmoudzadeh M. Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Mental Pain and Experiential Avoidance in Patients with Cardiovascular Diseases. Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC). 2024;6(1):90-96. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.1.10>
93. Arrigoni F, Consejero EM, Guzmán JIN. Telepsychology :clinical utility of the

زودآبند ویرایش نشده