



Comparing the Effectiveness of Emotion- Focused Therapy and Life Review Treatment based on the Islamic Ontology Trend on the Difficulty in Regulating Emotion in Female Adolescents

Zainab Ahmadpour¹, Ebrahim Naeimi^{2*}, Emad Yousefi³

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran. Email: s.qaieni41@gmail.com
2. Corresponding author, Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: naeimi@atu.ac.ir
3. Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran. Email: yousefi30@cms.iau.iremad

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 28 Aug 2024
Revised: 29 Oct 2024
Accepted: 11 Nov 2024
First Published: 09 Dec 2025

Keywords:
Difficulties in Emotion Regulation, Emotion-Focused Therapy, Life Review Treatment Based On The Islamic Ontology Trend.

ABSTRACT

The purpose of this study was to comparing the effectiveness of emotion- focused therapy and life review treatment based on the Islamic ontology trend on the difficulty in regulating emotion in female adolescents. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population was all female adolescents aged 17 to 21 years who referred to counseling center in Shahrehabak in the winter of 2022. In the first stage, 45 female adolescents by purposeful sampling were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (15 people in each group) and a control group (15 people) were replaced and experimental groups underwent emotion- focused therapy and life review treatment based on the Islamic ontology trend, but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data difficulties in emotion regulation scale (DERS). Data analysis was performed using SPSS-28 software with analysis of variance with repeated measures and Bonferroni. The results of the study showed that emotion- focused therapy and life review treatment based on the Islamic ontology trend had a significant effect on difficulties in emotion regulation ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion- focused therapy has a greater effect than the life review treatment based on the Islamic ontology trend on reducing difficulties in emotion regulation. ($P < 0.05$). It can be concluded that in addition to the effectiveness of both treatments, the priority of using emotion-focused therapy in improving difficulties in emotion regulation of female adolescents and education organization with the help of psychologists and counselors can use the results of this research to help reduce the difficulties in emotion regulation of female adolescents.

Cite this article: Ahmadpour, Z., Naeimi, E., & Yousefi, E. (2025). Comparing the Effectiveness of Emotion- Focused Therapy with Life Review Treatment based on the Islamic Ontology Trend on the Difficulty in Regulating Emotion in Female Adolescents. *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press / Accepted Manuscript), -. doi: 10.22059/japr.2025.381579.644997



Publisher: University of Tehran

© The Author(s).
Press

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381579.644997>

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان دختر

زینب احمدپور^۱، دکتر ابراهیم نعیمی^۲، دکتر عماد یوسفی^۳

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران. رایانامه: s.qaeni41@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: naeimi@atu.ac.ir

۳. گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران. رایانامه: yousefi30@cms.iau.iremad

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۱

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار، درمان مرور
زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی
اسلامی، دشواری در تنظیم
هیجان.

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان دختر بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر ۱۷ تا ۲۱ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بابک شهر در زمستان سال ۱۴۰۰ بود. در مرحله اول تعداد ۴۵ نوجوان دختر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس در مرحله دوم این نوجوانان دختر به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نوجوان) و یک گروه کنترل (۱۵ نوجوان) جایگزین شدند. سپس نوجوانان دختر گروه‌های آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی تأثیر معناداری بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان داشته‌اند ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری نسبت به درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان دارد ($P < 0/05$). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر اثربخش بودن هر دو درمان، تقدم استفاده در کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دختر با درمان هیجان‌مدار است و سازمان آموزش و پرورش با کمک روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند از نتایج این پژوهش برای کمک به کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دختر استفاده کنند.

استناد: احمدپور، ز.، نعیمی، ا.، و یوسفی، ع. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر دشواری در

تنظیم هیجان در نوجوانان دختر. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (پذیرش شده/آماده انتشار). doi: 10.22059/japr.2025.381579.644997

ناشر: انتشارات

© نویسندگان.

دانشگاه تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381579.644997>

۱. مقدمه

مشکلات سلامت روان عامل اصلی ناتوانی در اکثر کشورهای با درآمد بالا و متوسط است و علائم درونی‌سازی شده (خلق پایین و اضطراب عمومی) قبل از اوایل نوجوانی نسبتاً نادر است و شیوع آن بین ۱۱ تا ۱۸ سالگی به شدت افزایش می‌یابد و شروع آن اغلب در دوران بلوغ رخ می‌دهد (رودلف^۱، ۲۰۱۴؛ به نقل از احمد و همکاران^۲، ۲۰۲۴). مشخص شده است که سلامت روانی ضعیف به واسطه دشواری در تنظیم هیجان است (مکلافیلین و همکاران^۳، ۲۰۰۹). دشواری در تنظیم هیجانی به نقص در آگاهی، درک و پذیرش هیجانات (رستوی و همکاران^۴، ۲۰۲۴) و همچنین مشکلات دسترسی به راهبردهای تنظیم موثر و انجام اقدامات هدفمند در هنگام تجربه احساسات منفی اشاره دارد (گراتز و رومر^۵، ۲۰۰۴). این مفهوم دارای شش مولفه شامل به گفته گراس و جزایری (۲۰۱۴)، دشواری در تنظیم هیجان زمانی رخ می‌دهد که شکست یا استفاده نادرست از راهبردها برای تعدیل عاطفه وجود داشته باشد. در این پژوهش مدل ارائه شده توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) اتخاذ شده است که شش بعد دشواری در تنظیم هیجان را مشخص می‌کند: ۱) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش^۶): ناتوانی در پذیرش هیجانات منفی، منجر به ناراحتی یا هیجانات منفی ثانویه در پاسخ به واکنش‌های هیجانی ناشی از یک موقعیت می‌شود؛ ۲) دشواری در رسیدن به اهداف (اهداف^۷): مشکلات در تمرکز و تکمیل کار هنگام تجربه هیجانات منفی؛ ۳) دشواری کنترل تکانه در حضور هیجانات منفی (تکانه‌ها^۸): دشواری در کنترل تکانه‌ها در صورت وجود هیجانات منفی؛ ۴) دشواری در توجه و شناخت هیجانات (آگاهی^۹): ناتوانی در توجه به هیجانات و تشخیص آنها؛ ۵) دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و اعتقاد به اینکه واکنش هیجانی پس از وقوع غیرقابل تغییر است (راهبردها^{۱۰}): راهبردهای محدود موجود برای تنظیم هیجانی و این باور که وقتی یک هیجان آشکار شد، واکنش آن قابل تغییر نیست؛ ۶) شفافیت هیجانی و ناتوانی در شناسایی هیجانات (شفافیت^{۱۱}): فقدان شفافیت هیجانی و ناتوانی در شناسایی هیجانات (کریستوفانلی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۴).

لذا با تکیه بر مدل دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴)، این بدتنظیمی در مدیریت هیجانات و دشواری به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی در دوران نوجوانی یک عامل خطر فراتشخیصی^{۱۳} برای آسیب‌شناسی روانی است (بلای و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۴) که زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روانشناختی، هیجانی و اجتماعی-شناختی در نوجوانان از جمله افکار خودکشی یا ایده‌پردازی خودکشی آنان (کلافام و برائوسج^{۱۵}، ۲۰۲۴؛ چیانگ و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۳)، خودجرعی غیرخودکشی‌گرا^{۱۷} و نشانگان افسردگی (فائورا-گارسیا و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۴)، رفتاری مخرب و پرخاشگری (گیل و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۴)، اضطراب و افسردگی (بارنس و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۴)، اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مجازی (ایناتونه و همکاران^{۲۱}، ۲۰۲۴) و اختلال بازی اینترنتی

1. Rudolph, K. D.
2. Ahmed et al.
3. McLaughlin et al.
4. Restoy et al.
5. Gratz & Roemer
6. nonacceptance
7. goals
8. impulse
9. awareness
10. strategies
11. clarity
12. Cristofanelli et al.
13. transdiagnostic
14. Blay et al.
15. Clapham & Brausch
16. Chiang et al.
17. nonsuicidal self-injury
18. Faura-Garcia et al.
19. Gill
20. Barnes et al.
21. Iannattone et al.

می باشد (اسچتالر و همکاران^۱، ۲۰۲۴). بنابراین دشواری در هیجان از تعامل بین عوامل فردی و عوامل محیطی پدید می آید. تغییرات در سیستم های بیولوژیکی، شناختی و اجتماعی که مشخصه نوجوانی است، مجموعه پیچیده ای از عوامل محیطی را ایجاد می کند که به اختلال در تنظیم هیجان با دشواری در تنظیم هیجان در طول این دوره رشد کمک می کنند (هرد و همکاران^۲، ۲۰۲۴). لذا به کارگیری مداخلات درمانی برای کمک به مدیریت هیجان و بهبود دشواری در تنظیم هیجان به در نوجوانان دختر اهمیت دارد که در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار^۳ و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی شناسی اسلامی^۴ پرداخته شده است. درمان هیجان مدار یک شکل تجربی معتبر از روان درمانی است (تسچان و گلدمن^۵، ۲۰۲۴)، که درمان های فرد محور^۶، گشتالت^۷ و وجودی^۸ را ادغام می کند (گرینبرگ^۹، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ، ۱۴۰۲) و یک درمان فراتشخیصی جامع و مبتنی بر شواهد است (گرینبرگ، ۲۰۲۱).

ماهیت نظریه درمان هیجان این است که هیجانات سیگنال هایی هستند که ما را به معنای موقعیت، نیازهای مرتبط با ما، و نحوه برآورده کردن این نیازها و همچنین سازماندهی سریع ما برای پاسخگویی در موقعیت ها هدایت می کنند (مارن و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۲). هیجانات سازگاران اولیه اطلاعات مفیدی در مورد وضعیت فعلی ارائه می دهند و ما را سازماندهی می کنند تا اقدامات سالمی انجام دهیم و با شایستگی هیجانی در جهان خود حرکت کنیم. در مقابل، هیجانات ناسازگار اولیه پاسخ هایی هستند که ممکن است در گذشته هدف مفیدی داشته باشند، اما اکنون به حالت های سفت و سختی تبدیل شده اند (واروار^{۱۱}، ۲۰۲۴). هدف درمان هیجان مدار این است که به مراجعان کمک کند تا در پردازش هیجانات ناسازگاران بنیادین خود شرکت کنند تا درد و رنج هیجانی خود را تغییر دهند، که منجر به دسترسی به هیجانات سازگاران و پاسخ به موقعیت ها می شود. پردازش هیجانی به عنوان یک مکانیسم مهم تغییر شناخته شده است و نشان داده شده است که نتیجه را در روش های مختلف درمانی پیش بینی می کند (پاسکوال-لئون و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۶). در درمان هیجان مدار، پردازش هیجانی شامل نزدیک شدن، پذیرش، تحمل، بیان، تنظیم، معنا بخشیدن، استفاده و تبدیل هیجانات ناسازگاران با هیجانات سازگاران نوظهور است (واروار، ۲۰۲۴). این فرآیند از توسعه روابط امن تر و همچنین روایت های مثبت مرتبط با هویت شخصی و روابط شخصی پشتیبانی می کند (گرینبرگ، ۱۴۰۲؛ گرینبرگ، ۲۰۲۱).

بر اساس پیشینه پژوهش، درمان هیجان مدار اثربخشی معناداری بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دارد (داودی و همکاران، ۱۳۹۸؛ غلامی و همکاران، ۱۴۰۱؛ گلیسینی، استرودل و کینگ^{۱۳}، ۲۰۲۳). از سوی دیگر مرور زندگی را کُنش طبیعی و فرایندی عمومی می دانند که در آن فرد تجربیات گذشته را فرا می خواند، به آن فکر می کند و مورد ارزیابی قرار می دهد و با هدف دستیابی به خودشناسی بیشتر در آن تعمق می کند (کانابولسرو و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۷). به نظر می رسد درمان مرور زندگی^{۱۵} نیازهای طبیعی افراد را برآورده می کند زیرا آنها زندگی خود را از دو طریق بررسی می کنند (بوتلر^{۱۶}، ۱۹۶۳؛ به نقل از فروستمبر و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۳). اول، درمان مرور زندگی قصد دارد خاطرات رویدادهای آسیب زا را بازسازی کند و این خاطرات را با استفاده از مواجهه به یک روایت منسجم تبدیل کند. بعلاوه، جنبه مرور زندگی با هدف ادغام این خاطرات در بیوگرافی یک فرد و قادر

1. Schettler et al.

2. Herd et al.

3. emotion- focused therapy

4. life review treatment based on the Islamic ontology trend

5. Tschan & Goldman

6. person-centered

7. gestalt

8. existential

9. Greenberg

10. Marren et al.

11. Warwar

12. Pascual-Leone et al.

13. Glisenti et al.

14. Knaevelsrud and et al.

15. life review therapy (LRT)

16. Butler, R. N.

17. Forstmeier et al.

ساختن آنها به ارزیابی مجدد معنای رویدادها است (مرکر و باچم، ۲۰۱۳). از طرف دیگر در سال‌های اخیر درمان‌های ترکیبی زیادی از مداخلات دینی و روان‌درمانی‌های گوناگون مورد پژوهش قرار گرفته است. روند مرور زندگی ممکن است با نظریه هستی‌گرایی درهم تنیده باشد؛ زیرا این دو به سوال‌هایی مشابه اشاره می‌کنند؛ از جمله اینکه چگونه حوادث در زندگی من با فضای بزرگتر انطباق می‌یابد. ارتباط حوادث در زندگی با من، با وجود خداوند چه می‌باشد؟ مقصود زندگی من چیست؟ آیا در زندگی من معنا و مفهومی هست؟ و غیره. در نگاه مبتنی بر هستی‌شناسی، انسان جزئی از هستی است که خود تابع قوانین کلی هستی آفرین است که توسط خداوند بر روی زمین گسترده شده است و انسان هر اندازه درک بیشتری از جهان هستی با محوریت خداوند داشته و بتواند با اهداف وحی شده از سوی خداوند، هماهنگ عمل کند دچار اضطراب کمتری خواهد بود (سلگی، ۱۴۰۱).

بر اساس پیشینه پژوهش، درمان مرور زندگی با گرایش هستی‌شناسی اسلامی تاثیر معناداری بر بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی (سلگی، ۱۴۰۱)، روابط والد-فرزندی نوجوانان (صباعی و همکاران، ۱۳۹۴) و دشواری در تنظیم هیجان (احمدپور، نیمی و یوسفی، ۱۴۰۲) دارد. بنابراین هم درمان هیجان‌مدار و هم درمان مرور زندگی با گرایش هستی‌شناسی اسلامی اثربخشی معناداری بر برخی کارکردهای هیجانی و روانشناختی نوجوانان دارند، اما اینکه بتوان به درمان این دو مقایسه پرداخت، می‌توان به شناخت بیشتری برای درمان‌های اثربخش‌تر و موثرتر برای نوجوانان دست یافت که درمانگران و روانشناسان کمک کند تا با انتخاب یک درمان اثربخش‌تر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان آنان کمک کنند. از سوی دیگر درمان مرور زندگی با گرایش هستی‌شناسی اسلامی سعی می‌کند که تجربیات گذشته فرد را فرا خواند، به آن فکر کند و مورد ارزیابی قرار دهد و با هدف دستیابی به خودشناسی بیشتر در آن تعمق کند (کانایولسرود و همکاران، ۲۰۱۷)، که این کار توسط درمان هیجان‌مدار نیز انجام می‌شود، به طوری که در درمان هیجان‌مدار به مراجعان کمک می‌شود تا در پردازش هیجانات ناسازگارانه بنیادین و اولیه خود که به سال‌های گذشته زندگی وی بر می‌گردد شرکت کنند تا درد و رنج هیجانی خود را تغییر دهند و با این کار به هیجانات سازگارانه دسترسی پیدا کند (پاسکوال-لثونه و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین مقایسه این دو درمان علاوه بر کمک به کاهش دشواری در تنظیم هیجان، می‌تواند به یک درمان اثربخش برای این نوجوانان کمک کرد. در مجموع با توجه به آنچه گفته شد و در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که نوجوانان دختران در مراحل پیشرفته بلوغ احتمال بیشتری دارند که خود را منفی ببینند و از سلامت روانی بدتری نسبت به پسران در مراحل اولیه بلوغ برخوردار باشند (کی و همکاران، ۲۰۱۸). این خود طرحواره‌های منفی، که می‌توانند به عنوان چارچوب‌های ذهنی شامل باورهایی درباره خود تعریف شوند که توجه و حافظه را هدایت می‌کنند (مکارتور و همکاران، ۲۰۱۹)، هم در خطر و هم در حفظ مشکلات روانشناختی و هیجانی نقش دارند (فریدمن و همکاران، ۲۰۱۶). به طوری که یک مطالعه طولی ۲ ساله روی نوجوانان نشان داده است که مشکلات کلی بالاتر در تنظیم هیجان با علائم افسردگی بیشتر در طول زمان در دختران نسبت به پسران مرتبط است (گونکالوس و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به چنین مشکلاتی در این پژوهش نوجوانان دختری که از دشواری در تنظیم هیجان رنج می‌برند تحت مداخله درمان هیجان‌مدار با درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی قرار گرفته‌اند و ضمن بررسی اثربخشی این مداخلات درمانی، مسئله پژوهش آن است که کدام مداخله درمانی نسبت به دیگری کارآمدی و اثربخشی بیشتری دارد. بنابراین این پژوهش اهمیت و ضرورت دارد و در راستای رسیدن به این هدف مهم پژوهشی، به سوال پاسخ داده شده است که آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان تفاوت وجود دارد؟

۲. روش

1. Maercker & Bachem
2. Ke et al.
3. McArthur et al.
4. Friedmann et al.
5. Gonçalves and et al.

۲-۱. جامعه آماری، نمونه و روش اجرا

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. در این پژوهش، جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر ۱۷ تا ۲۱ ساله مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر بابک در سال ۱۴۰۰ بودند. بر اساس نظر متخصصان روش شناسی مانند [گال و همکاران^۱ \(۲۰۰۷\)](#)، برای تحقیقات نیمه آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر در هر گروه قابل قبول است. بر این اساس، در این پژوهش، تعداد ۴۵ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش اول، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گروه کنترل) انتخاب شد. روش نمونه گیری بر اساس روش نمونه گیری هدفمند با جایگزینی تصادفی بود، به این صورت که تعداد ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب و سپس ۴۵ نفر مذکور در به شیوه تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. دامنه سنی ۱۷ تا ۲۱ سال، داشتن رضایت به شرکت در تحقیق، داشتن سلامت روانپزشکی (عدم استفاده از داروهای روانپزشکی) و داشتن سواد متوسطه (دبیرستان) برای درک و تکمیل ابزارها از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین شرکت همزمان در مداخلات روانشناختی دیگر، عدم تمایل به ادامه‌ی شرکت در مطالعه و عدم تکمیل مطلوب پرسشنامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. توضیح اهداف پژوهش برای نوجوانان، آگاهی از بدون ضرر بودن شرکت در جلسات، امکان خروج آزادانه از پژوهش، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل و ارائه جلسات مداخلات درمانی به صورت فشرده به نوجوانان در گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

روش جمع‌آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه‌ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده شد. همچنین با توجه به اینکه روش تحقیق نیمه آزمایشی خواهد بود به روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ دختر نوجوان انتخاب و سپس این دختران نوجوانان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر را در گروه آزمایش درمان هیجان مدار و ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی) و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. سپس بر روی دختران هر سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش اول به صورت گروهی توسط خود پژوهشگر به عنوان دانشجوی دکترای روانشناسی، تحت ۸ جلسه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار در روزهای یکشنبه و چهارشنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۶ مدت قرار گرفت و گروه آزمایش دوم به صورت گروهی توسط خود پژوهشگر به عنوان دانشجوی دکترای روانشناسی، تحت ۸ جلسه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار در روزهای زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی در روزهای شنبه و سه شنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۱ تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۵ مدت قرار گرفت و در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. پس از اتمام مداخله، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان به عنوان پس‌آزمون اجرا و دو ماه بعد از اتمام جلسات درمانی، به منظور اندازه‌گیری تداوم اثر درمان‌های اعمال شده بار دیگر پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان اجرا شد. اجرای پرسشنامه در هر سه مرحله به صورت آنلاین اجرا شد. لازم به ذکر است پژوهشگران برای جلوگیری از افت دختران نوجوان، تمهیداتی از قبیل اتاقی برای استراحت موقت، اجازه غیبت در کمتر از جلسه، اقدامات پذیرایی و همچنین در نظر گرفتن هدایایی در اتمام جلسات (از جمله مشاوره رایگان یک یا دو جلسه‌ای) برای دختران نوجوان در نظر گرفته شد که همین موارد از عوامل عدم افت دختران نوجوان گروه‌های آزمایشی بود. بنابراین در هیچ کدام از گروه‌ها افت شرکت‌کنندگان وجود نداشت. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد.

۲-۲. ابزارهای سنجش

۲-۲-۱. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۱ (DERS)

این مقیاس توسط گراتز و رومر^۲ (۲۰۰۴) تدوین شده است و شامل ۳۶ سوال است و ۶ مولفه عدم پذیرش^۳ با سوالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ اهداف^۴ با سوالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ تکانه‌ها^۵ با سوالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ آگاهی^۶ با سوالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ راهبردها^۷ با سوالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶؛ و شفافیت^۸ با سوالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاهگاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده میزان دشواری در تنظیم هیجان بالاتر در فرد پاسخ دهنده است. سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسنجی مقیاس را بررسی کرده‌اند و برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ^۹ استفاده و ضرایب برای عدم پذیرش ۰/۸۵، اهداف ۰/۸۹، تکانه‌ها ۰/۸۶، آگاهی ۰/۸۰، راهبردها ۰/۸۸، شفافیت ۰/۸۴ و کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آورده‌اند و افزون بر این برای بررسی روایی سازه از همبستگی بین نمره کل و نمرات خرده مقیاس‌ها استفاده شده است که ضریب همبستگی بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان^{۱۰}) آن با مقیاس تنظیم خلق منفی^{۱۱} محاسبه و ضرایب همبستگی آن با عدم پذیرش ۰/۶۹، اهداف ۰/۵۳، تکانه‌ها ۰/۴۶، آگاهی ۰/۳۴، راهبردها ۰/۶۹، شفافیت ۰/۳۹ و کل مقیاس ۰/۶۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). این مقیاس در ایران توسط کرمانی مامازندی و طالع پسند (۱۳۹۷) ویژگی‌های روانسنجی شامل پایایی و روایی آن محاسبه شده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب برای عدم پذیرش ۰/۷۵، اهداف ۰/۷۴، تکانه‌ها ۰/۶۸، آگاهی ۰/۶۶، راهبردها ۰/۷۳ و شفافیت ۰/۶۳ گزارش شده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با متغیر خشم درونی از سیاهه چندبعدی خشم^{۱۲} سیگل^{۱۳} (۱۹۸۶) بررسی و ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۱۱ تا ۰/۳۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (کرمانی مامازندی و طالع پسند، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ مرحله پیش‌آزمون ۰/۷۰، مرحله پس‌آزمون ۰/۸۲ و مرحله پیگیری ۰/۸۶ به دست آمده است.

۲-۳. روش اجرای مداخلات درمانی

۲-۳-۱. جلسات درمان هیجان‌مدار

در جدول ۱ جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از گرینبرگ^{۱۴} (۱۴۰۲) آمده است. این جلسات به صورت گروهی توسط خود پژوهشگر به عنوان دانشجوی دکترای روانشناسی، تحت ۸ جلسه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار در روزهای یک‌شنبه و چهارشنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۶ به گروه آزمایش ارائه شد. برای بررسی روایی و پایایی جلسات درمانی، این جلسات در اختیار ۸ نفر از اساتید روانشناسی قرار داده شد و میانگین کلی نمرات توافق متخصصان درباره محتوای

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

2. Gratz & Roemer

3. non acceptance

4. goals

5. impulses

6. awareness

7. strategies

8. clarity

9. Cronbach's alpha

10. concurrent validity

11. Negative Mood Regulation Scale (NMR)

12. Multidimensional Anger Inventory (MAI)

13. Siegel

14. Greenberg, L. S.

نهایی جلسات ۹/۸۶ از ۱۰ به دست آمد که بیانگر پایایی بالای درمان هیجان‌مدار است. همچنین برای تعیین روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبت روایی محتوایی^۱ (CVR) و شاخص روایی محتوایی^۲ (CVI) که ضریب نسبت روایی محتوایی ۰/۹۴ و ضریب شاخص روایی محتوایی ۰/۹۸ به دست آمد که با توجه به آنکه هرچه ضریب روایی به یک نزدیک‌تر باشد روایی بیشتر است، پس درمان هیجان‌مدار روایی محتوایی بالایی دارد. جلسه، هدف، فن و محتوای این جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از گرینبرگ (۱۴۰۲)

جلسه	هدف	فن	محتوا
جلسه اول: ۱-آشنایی مراجع با درمانگر، بیان قوانین جلسات و ایجاد توافق درمانی و توضیح درمان هیجان‌مدار	شکل‌گیری اتحاد درمانی موثر بین مراجع و درمانگر و بیان اصول کلی رویکرد هیجان‌مدار	همدلی و آموزش و آگاهی بخشی	حال و احوال پرسى درمانگر با مراجع و آماده کردن فضایی آرام و همدلانه همراه با تأکید بر اصل رازداری. توضیح درباره شرایط و قوانین کار و تعداد جلسات و توضیح مختصر درباره درمان هیجان‌مدار.
جلسه دوم: توضیح علائم و نشانه‌ها، علائم بدنی، فکری و هیجانی با یادآوری موقعیت‌های استرس‌زا و دریافت بازخورد (همدلی و پذیرش) و اعتبار دادن از طرف درمانگر	آگاهی، دسترسی و پذیرش هیجانات توسط مراجع و ارتقای تجربه هیجانی	تمرکز بر هیجانات و فنون بازیابی بدنی، فکری و هیجانی	درمانگر وقتی مراجع صحبت می‌کند توجه او را به بدنش را جلب می‌کند. برای مثال متوجه هیجان در شکم یا غم در چشمانش یا خشم در دست‌های گره کرده‌اش بشود. درمانگر به او کمک می‌کند متوجه افکار همراه با این حس‌ها باشد چرا که بیشتر هیجانات شامل افکار و احساسات می‌باشد. همچنین به تصاویر ذهنی و ارزش‌هایی که همراه با این حس‌ها بالا می‌آید توجه کند.
جلسه سوم: بیان و تجربه مشکل توسط مراجع و توجه به هیجانات ثانویه (ناسازگار) و اولیه (ناسازگار، سازگار) و شناسایی صحن‌های اضطراب‌زا در افراد و تجربه مجدد آن	نام‌گذاری احساس‌ها، تشخیص هیجان‌های اولیه و ثانویه. کشف سبک پردازش هیجانی مراجع	فن بازیابی بدنی، فکری و هیجانی	داستان از طرف مراجع، درمانگر به بررسی نوع دلبستگی مراجع اقدام می‌کند از طرفی مراجع را تشویق می‌کند تا به بررسی احساس‌هایی که در بدن اتفاق می‌افتد و نامگذاری آن احساس خاص بپردازد. در آخر به آموزش و تشخیص و تفکیک احساس‌های اولیه (احساسات ذاتی و طبیعی در برابر محرک) ز ثانویه (برداشت‌های افراد از احساسات اولیه خود) می‌پردازد.
جلسه چهارم: معرفی فن تاگشایی خاطره انگیز و توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداری هیجانی	آگاهی مراجع از اجتناب و بازداری‌اش، به کلام و نماد درآوردن هیجانات و تشدید تجربه هیجانی	تاگشایی خاطره انگیز (فراخوانی کننده) و بیان هیجانات	از طریق فن تاگشایی خاطره‌انگیز، صحنه اضطراب‌زا مجدداً بازتولید شده و علائم بدنی، هیجانی و فکری آن مجدداً تجربه می‌شود. استفاده از کلمات انتزاعی برای بیان هیجان و فکر و سپس جایگزینی کلمات عینی تر و تبدیل آن به نشانه‌های بدنی توسط مراجع انجام می‌شود و جایگزینی کلمات مناسب که به محتوای تجربه مراجع نزدیک است انجام می‌شود. در این جلسه درمانگر تمام نمادهایی را که یادآور اضطراب است را مورد بررسی قرار می‌دهد، هدف این جلسه این است که هر صحنه سرکوب شده هیجانی را باز و مجدداً ببینیم. درمانگر از نمادها برای رفتن به عمق احساس مراجع استفاده می‌کند تا بتواند تک تک احساسات پنهان در هر نماد را پیدا کند.
جلسه پنجم: تنظیم هیجانات	گسترش توانایی مراجع برای تحمل کردن هیجانات ناخوشایند، خودآرامش‌دهی و ابراز مناسب هیجانات در زمان و بافت مناسب	باز کردن فضا، تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی عضلات	درمانگر با تکنیک باز کردن فضا (تمرکز و یادآوری هیجانات، لیست کردن و اولویت‌بندی هیجانات، هل دادن برخی موضوعات به یک گوشه یا صندوق) به مراجع کمک می‌کند تا با هیجانات خود فاصله مناسبی داشته باشد. یعنی نه اشباع از هیجانات نه تهی از هیجانات. همچنین مراجع وقتی بتواند احساساتش را در قالب واژگان برچسب بزند، جدا شدن از احساس را تسهیل می‌کند و به تنظیم هیجان کمک می‌کند. (مثال: من بی‌ارزش نیستم، من اکنون احساس بی‌ارزشی می‌کنم).
جلسه ششم: گفتگوی دو صندلی بین خود (نگران کننده و مضطرب	فعال‌سازی طرح‌های هیجانی اولیه مرتبط	تکنیک گفتگوی دو	مراجع ابتدا در صندلی نگران کننده (با یادآوری خطرات گذشته و تصور کردن خطرات احتمالی آینده) خود را نگران و مضطرب می‌کند و سپس در صندلی

کننده) و خود تجربه‌گر در راستای رسیدن به هیجانات و نیازهای زیربنایی.	با ترس و اضطراب ناسازگارانه، دستیابی به هیجانات زیربنایی و تبدیل شرم و ترس ناسازگارانه به سازگارانه.	صندلی	تجربه کننده می‌نشیند و اضطراب و ترس را که ایجاد کرده است را تجربه کند احساس خود را بیان کند. این گفتگوها ادامه پیدا می‌کند تا خود نگران کننده نرم شده و به غم، درد و ترس ناشی از غفلت و طرد تبدیل شود و نیازها شناسایی شود.
جلسه هفتم: پرداختن به کار ناتمام: پردازش و حل و فصل احساسات درناک هسته‌ای (ترس و شرم و غم) مربوط به روابط و تعامل با دیگران در قالب صندلی خالی. سمبل سازی	محافظت و مراقبت از خود و مسئول دانستن طرف مقابل به خاطر رفتارهای آسیب‌زا، پیدایش هیجانات نوظهور و به دنبال آن بیان و رفع نیازها و ایجاد روش‌های جدید (بودن) در روابط با دیگران	صندلی خالی و گمانه‌زنی همدلانه	اضطراب معمولاً ریشه در آسیب‌های دلبستگی (طرد و غفلت والدین) دارد این مورد منجر به درکی از آسیب‌پذیری و یک سازماندهی خود مبتنی بر ترس یا شرم و غم می‌شود. این کار ناتمام از طریق گفتگوی صندلی خالی با یک فرد تصویری دیگر که به مراجع آسیب رسانده است، انجام می‌شود. یک بخش مهم فرایند درمان این است که مراجع به خشم محافظت کننده و ابرازگر دسترسی پیدا کند. مراجع روی یک صندلی می‌نشیند و در روبه روی خود روی صندلی خالی فرد دیگری را تصور کند و خصوصیات فیزیکی او را توصیف کند (حالات چهره پاسخ هیجانی را در مراجع فرا می‌خواند). درمانگر با گمانه‌زنی همدلانه به مراجع کمک می‌کند تا احساسات نمادسازی شده را در قالب واژگان نسبت به فردی که به او آسیب‌زده را بیان کند. و در نهایت هیجانات ناسازگار اولیه (ترس و شرم و غم) به هیجانات سازگار اولیه (خشم محافظت کننده و شفقت) تبدیل می‌شود.
جلسه هشتم: قاب‌بندی مجدد؛ ساختار بندی مجدد هیجان از طریق تجربه مجدد هیجان و شکل‌دهی یک روایت تازه از خود، دیگران و جهان اطراف (تحکیم فرایند درمان)، خود تسکین‌دهی مشفقانه، ایجاد چرخه جدید رفتار و جمع‌بندی مطالب و بحث و نتیجه‌گیری	شکل‌گیری روایت جدید، سوگواری به خاطر آنچه از دست رفته است، خنثی کردن احساسات منفی و رنج هیجانی با محبت و تسکین-دهی به خود.	قالب‌دهی مجدد، خودتسکین دهی، شناسایی تجربیات آرام بخش، صندلی خالی و ایفای نقش	زمانی که مراجعان به هیجانات سازگار و نیازهایشان دسترسی پیدا کردند و صدای درونی سالم‌تر را توسعه دادند در موقعیتی قرار می‌گیرند که تغییر نهایی را ایجاد کنند. آخرین مرحله شامل این است که به افراد کمک شود تا روایت جدیدی را ایجاد کنند و داستان‌ها و باورهای قدیمی را تغییر دهند. درمانگر از مراجع می‌خواهد مکان امنی که وقتی مضطرب و نگران می‌شود را به یاد آورد و تجسم کند و به جسم خود و احساس درون آن توجه کند و یا با تکنیک صندلی خالی به تصور کودکی آسیب پذیر خود محبت و شفقت ورزد. ارائه نمونه‌هایی از کیفیت روابط بین‌فردی در زندگی مردم برای تقویت یادگیری جدید مهارت‌ها، تمرین ایفای نقش و بازسازی موقعیت‌های اضطراب‌آور.

۲-۳-۲. درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی

در جدول ۲ جلسات درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی اقتباس از اسمعیلی (۱۳۸۹) آمده است. این جلسات به صورت گروهی توسط خود پژوهشگر به عنوان دانشجوی دکترای روانشناسی، تحت ۸ جلسه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی در روزهای یک‌شنبه و چهارشنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۱ تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۵ به گروه آزمایش ارائه شد. برای بررسی روایی و پایایی جلسات درمانی، این جلسات در اختیار ۸ نفر از اساتید روانشناسی قرار داده شد و میانگین کلی نمرات توافق متخصصان درباره محتوای نهایی جلسات ۹/۸۷ از ۱۰ به دست آمد که بیانگر پایایی بالای درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی است. همچنین برای تعیین روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوای (CVI) که ضریب نسبت روایی محتوایی ۰/۹۸ و ضریب شاخص روایی محتوایی ۰/۹۹ به دست آمد که با توجه به آنکه هرچه ضریب روایی به یک نزدیک‌تر باشد روایی بیشتر است، پس درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی روایی محتوایی بالایی دارد. محتوای این جلسات در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. جلسات درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی اقتباس از اسمعیلی (۱۳۸۹)

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول: بررسی خاطرات	تعریف و بررسی خاطرات و اضطراب‌ها و موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانات (ترس، خشم، غم و غیره) و راهبرد فرد در برابر هیجانات (آگاهی و پذیرش هیجانات) در برابر موقعیت (دشواری در انجام رفتار هدفمند) و در برابر دیگران (دشواری در کنترل تکانه) در دوران کودکی و حوادث مربوط به آن. بیان نظم قانونمندی و غایت‌مندی در جهان و انسان و رابطه خدا با جهان و انسان.

بیان هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین و خودآگاهی هیجانی. مراجع بتواند نتایج رفتارهای هیجانات منفی را بشناسد. بررسی و ریشه یابی مشکلات و حوادث و وقایعی که به انسان رخ می دهد و نقش انسان در برابر آنها و بررسی نتایج آن، تاکید بر اصل هدفمندی وقایع و حوادث هستی، تاکید بر اصل علت و معلولی. مراجع بتواند به عدم کارایی شیوه های مقابله اش پی ببرد. مراجعین باید روی یک طیف ۱۰ درجه ای موفقیت راهکارهایش را نمره گذاری کند و با مراجعه درباره مزایا و معایب هر یک از رفتارهای مقابله ای اش بحث و گفتگو شد و اینکه که چرا شیوه هایش موثر نیست.	جلسه دوم: بیان هیجان و خودآگاهی
بیان و بررسی آن حوادث مشکل و سختی که در طول زندگی برای نوجوان پیش آمده و نوجوان توانسته اضطراب خود را کنترل و هیجاناتش را تنظیم کند و برایش رضایت بخش بوده و بیان و ارزیابی حوادثی که برای اطرافیان نوجوان رخ داده و مراجع شاهد آن بود. شناسایی ترس ها و هیجانات و ارائه راه حل های آن. مراجع بتواند خدا را به عنوان علت همه چیز و همه حوادث اطرافش بشناسد. کدامیک از آنچه درخصوص ترسها، اضطرابها و غمها، احساس حقارت ها و بدبینی هایش می گوید، علتش چیست؟	جلسه سوم: بیان و بررسی حوادث
شناساندن خصوصیات اصیل انسانی و آگاهی از نیات، نیازهای جسمی و روحی، آرامبخش ها و غیره و اینکه در مشکلات و مصیبت ها، خود را به خداوند واگذار کند. همچنین آگاه کردن نوجوان از توانمندی ها و مدیریت تنظیم هیجانات خودش، آگاهی از تاثیر سختی و رنج در رشد افراد اصل مسئولیت و توانمندی انسان برای مقاومت و رشد.	جلسه چهارم: شناسایی خصوصیات اصیل
مراجع بفهمد در علت یابی خدا را نادیده گرفته است یا به عنوان یکی از عوامل در نظر گرفته است. از مراجعه می پرسیم چرا خدا علت است و همه ما عوامل هستیم. به اتفاق مراجع شیوه های مقابله او را با خلق های منفی مرور کنیم و اینکه آیا خدا را نادیده گرفته و نحوه نگاه او به خدا را بررسی کنیم (چربی بوده یا درخواستی، خداوند عامل بوده و یا علت بوده، خداوند مقصر بوده یا متجی یا تنبیه گر). بیان آرزوهای نوجوان و مرور آرزوها و اهداف در زندگی به منظور آگاهی از اینکه آیا این آرزوها کمکی به فرد می کند؟	جلسه پنجم: علت یابی خداوند
آگاه کردن نوجوانان از اینکه آثار اعمال و رفتارهای ما به این دنیا ختم نمی شود، بلکه در ادامه این دنیا، دنیای بزرگتری نیز وجود دارد که باید پاسخگوی اعمال خود باشیم و با مرگ زندگی پایان نمی یابد بلکه وارد سرای جاویدان می شویم. بیان اینکه آموزه های قرآنی شامل افق وسیعی از گذشته تا آینده است و از منظر قرآن کریم، همه هستی یکپارچه، از خدا و راجع به سوی او هستند. برای مراجع تکلیف است که علاوه بر مرور مداوم ارتباطش با خدا سبک زندگی و رفتارش را اصلاح و در راستای رضایت خداوند قرار دهد. به مراجع مهارت مقابله با اضطراب های موقعیتی آموزش داده شد؛ به مراجع مهارت برخورد با منابع قدرت آموزش داده شد.	جلسه ششم: آگاهی از اعمال و رفتارها
بیان اینکه از منظر قرآن، انسان آزاد آفریده شده، راهنمایی شده و با انتخاب های خود است که خط مشی زندگی اش را تعیین می کند. توجه به خود و مراقبت از خویشتن و به عبارتی خود آگاهی، وظیفه اصلی است. یادداشت تمام نکات مثبت زندگی هر فرد به کمک خود مراجع و نامگذاری مجدد (مبتنی بر هستی شناسی اسلامی) بر جنبه های منفی زندگی فرد و تعبیر مثبت از آنها و سنجش میزان رضایت نوجوان. مراجع بیاموزد که با گفتگوی دایمی با خدا اجازه ندهد نشانه های هیجانات دشوار کنترل زندگی اش را خارج کند و مراجع خطاهای شناختی اش را در رابطه خدا و زمینه هیجانات منفی را بفهمد. مرور آیات مربوط به خطرات ربوبیت و آیات مهربانی خداوند، مرور آیه ۸۷ و ۸۸ سوره انبیا با توجه به این آیه چگونه می بیند و چه هیجانی را با چه مشکلی تجربه می کرد؟	جلسه هفتم: مختار بودن
به مراجع مهارت مقابله با هیجانات دشوار و منفی آموزش داده شد؛ به مراجع مهارت برخورد با منابع قدرت آموزش داده شد. خلاصه ارزیابی و جمع بندی زندگی نوجوان، اجرای پس آزمون و تعیین زمان برای مرحله پیگیری بعد از ۲ ماه.	جلسه هشتم: آموزش مهارت مقابله

۴-۲. روش تجزیه و تحلیل داده ها

شیوه تحلیل داده ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر^۱ برای اثربخشی مداخلات، آزمون تعقیبی بن فرونی^۲ برای بررسی پایداری اثر مداخلات و آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای همگن سازی سن نوجوانان) بوده است. به منظور تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ استفاده شده است.

۳. یافته ها

۳-۱. یافته های جمعیت شناختی

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سه گروه و آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه سن و هم‌تاسازی گروه‌ها

گروه	شاخص		آماره	
	میانگین	انحراف معیار	F	معناداری
گروه درمان هیجان‌مدار	۱۷/۷۳	۰/۷۰	۰/۳۳	۰/۷۲۳
گروه درمان مرور زندگی	۱۷/۶۷	۰/۶۲		
گروه کنترل	۱۷/۸۷	۰/۷۴		

بر اساس نتایج جدول ۳ میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان‌مدار ۱۷/۷۳ و ۰/۷۰؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی ۱۷/۶۷ و ۰/۶۲؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۱۷/۸۷ و ۰/۷۴ بود، که برای همگن‌سازی سن سه گروه از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=۰/۳۳$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($\text{sig}=۰/۷۲۳$) که نشان دهنده همگن بودن ۳ گروه از نظر سن است. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

۲-۳. شاخص‌های توصیفی

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		درمان هیجان‌مدار	درمان مرور زندگی	کنترل	درمان هیجان‌مدار	درمان مرور زندگی	کنترل
عدم پذیرش	پیش‌آزمون	۱۹/۶۷	۱۹/۴۰	۲۰/۷۳	۱/۱۱	۱/۳۵	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۱۶/۱۳	۱۷/۲۰	۲۰/۵۳	۱/۷۷	۲/۰۴	۰/۷۴
	پیگیری	۱۶/۲۰	۱۷/۲۷	۲۰/۶۰	۱/۹۰	۲/۰۹	۰/۹۱
اهداف	پیش‌آزمون	۱۴/۵۳	۱۴/۴۰	۱۴/۲۷	۱/۸۳	۰/۸۳	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۱۱/۸۷	۱۲/۰۷	۱۴/۰۰	۱/۰۶	۱/۴۴	۱/۰۰
	پیگیری	۱۲/۰۰	۱۲/۱۳	۱۴/۰۷	۱/۱۹	۱/۴۶	۰/۹۶
تکانه‌ها	پیش‌آزمون	۱۵/۹۳	۱۵/۶۰	۱۵/۶۰	۰/۸۸	۰/۶۳	۰/۹۱
	پس‌آزمون	۱۲/۸۷	۱۳/۶۰	۱۵/۴۷	۱/۳۰	۱/۵۹	۰/۹۲
	پیگیری	۱۲/۸۰	۱۳/۵۳	۱۵/۵۳	۱/۲۱	۱/۹۲	۰/۹۰
آگاهی	پیش‌آزمون	۲۱/۲۰	۲۰/۵۳	۲۱/۰۷	۰/۹۴	۰/۵۲	۱/۲۲
	پس‌آزمون	۱۶/۷۳	۱۷/۲۰	۲۱/۲۰	۱/۳۹	۲/۵۴	۱/۲۱
	پیگیری	۱۶/۸۰	۱۷/۲۷	۲۱/۱۳	۱/۴۷	۲/۴۹	۱/۳۰
راهبردها	پیش‌آزمون	۲۵/۳۳	۲۵/۱۳	۲۵/۰۷	۰/۹۸	۰/۷۴	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۲۱/۱۳	۲۱/۴۷	۲۴/۹۳	۰/۹۹	۱/۴۱	۰/۸۹
	پیگیری	۲۱/۲۰	۲۱/۵۳	۲۵/۰۰	۱/۰۱	۱/۴۰	۰/۹۳
شفافیت	پیش‌آزمون	۱۴/۷۳	۱۴/۵۳	۱۴/۲۷	۰/۸۰	۰/۸۳	۰/۸۰
	پس‌آزمون	۱۱/۴۰	۱۲/۱۳	۱۴/۲۰	۰/۹۹	۱/۱۲	۰/۷۷
	پیگیری	۱۱/۴۷	۱۲/۳۳	۱۴/۳۳	۱/۱۲	۰/۹۸	۰/۶۲
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۱۱۱/۴۰	۱۰۹/۶۰	۱۱۱/۰۰	۲/۴۴	۲/۴۷	۲/۲۰
	پس‌آزمون	۹۰/۱۳	۹۳/۶۷	۱۱۰/۳۳	۴/۴۲	۴/۰۶	۱/۹۱
	پیگیری	۹۰/۴۷	۹۴/۰۷	۱۱۰/۶۷	۵/۱۸	۴/۵۱	۱/۸۴

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایشی (درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی) و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

بعد از بررسی مفروضه های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها می باشد که ابتدا پیش فرض ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز^۱ استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین^۲ استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (آزمون امباکس^۳) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۴ بود. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی^۵ برای دشواری در تنظیم هیجان برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس ها و کوواریانس ها برای دشواری در تنظیم هیجان

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی	کای دو	df	Sig	اپسیلون	
					تصحیح گرین-هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت
عدم پذیرش	۰/۰۹	۹۹/۷۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۵۶
اهداف	۰/۱۶	۷۴/۵۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۵۷
تکانه ها	۰/۱۷	۷۱/۶۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۵۸
آگاهی	۰/۰۶	۱۱۴/۳۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۵۴
راهبردها	۰/۱۳	۸۴/۳۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۶
شفافیت	۰/۵۰	۲۸/۴۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۷۱
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	۰/۱۱	۹۰/۲۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۶

بر اساس نتایج جدول ۵ نشان می دهد که آماره کرویت موچلی برای دشواری در تنظیم هیجان در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵۰ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی شود. تخطی از پیش فرض کرویت سبب می شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین-هاوس-گیسر^۶ و هیون-فلدت^۷ تصحیح می کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۸ (۱۹۹۶؛ به نقل از [ترابی و همکاران، ۱۴۰۰](#)) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین-هاوس-گیسر استفاده می شود ([ویسی و همکاران، ۱۴۰۴](#)). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین-هاوس-گیسر برای دشواری در تنظیم هیجان از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین-هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین-هاوس-گیسر در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر دشواری در تنظیم هیجان گزارش شده است.

1. Shapiro-Wilk Test
2. Levene's test
3. Bax's M test
4. homogeneity of regression
5. Mauchly's test
6. Greenhouse-Geisser correction
7. Huynh-Feldt correction
8. Stevens, W.,

جدول ۶. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) دشواری در تنظیم هیجان

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
عدم پذیرش	اثر گروه	۲۴/۸۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	اثر زمان (مراحل)	۸۸/۰۱	۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	اثر تعاملی (زمان×گروه)	۲۱/۸۲	۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
اهداف	اثر گروه	۹/۱۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۷
	اثر زمان (مراحل)	۹۳/۷۷	۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
	اثر تعاملی (زمان×گروه)	۱۷/۷۰	۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
تکانه‌ها	اثر گروه	۱۰/۴۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۸
	اثر زمان (مراحل)	۸۵/۱۷	۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	اثر تعاملی (زمان×گروه)	۲۱/۶۱	۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
آگاهی	اثر گروه	۲۲/۵۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
	اثر زمان (مراحل)	۹۰/۹۶	۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	اثر تعاملی (زمان×گروه)	۲۶/۰۸	۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
راهبردها	اثر گروه	۳۶/۲۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	اثر زمان (مراحل)	۱۰۴/۰۷	۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
	اثر تعاملی (زمان×گروه)	۵۰/۲۳	۲/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
شفافیت	اثر گروه	۲۳/۰۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
	اثر زمان (مراحل)	۱۱۶/۸۰	۱/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
	اثر تعاملی (زمان×گروه)	۳۱/۹۱	۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	اثر گروه	۹۲/۰۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	اثر زمان (مراحل)	۴۵۹/۲۴	۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
	اثر تعاملی (زمان×گروه)	۱۱۲/۸۲	۲/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰

نتایج جدول ۶ نشان داد که درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دختر اثربخشی معناداری دارد. این نتایج نشان دهنده آن است که میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل (اثر گروه) تفاوت معناداری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت بین متغیرهای وابسته در مراحل (اثر زمان) پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر این اثر تعاملی (اثر زمان×گروه) معنادار است، که نشان می‌دهد تفاوت بین مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطوح گروه‌ها یکسان نیست (یعنی نتایج اثر تعاملی حاکی از تفاوت بین سه گروه در دشواری در تنظیم هیجان در مراحل سه گانه اندازه‌گیری است). در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی دشواری در تنظیم هیجان برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
عدم پذیرش	پیش‌آزمون	۱۹/۹۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۹۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۷/۹۶	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۹۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۸/۰۲	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۷۲
اهداف	پیش‌آزمون	۱۴/۴۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۷۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۲/۶۴	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۷۳	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۹	۰/۱۴۴
تکانه‌ها	پیش‌آزمون	۱۵/۷۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۷۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۳/۹۸	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۷۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۹۶	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۲	۰/۹۹۹
آگاهی	پیش‌آزمون	۲۰/۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۸/۲۸	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۵۳	۰/۰۰۱

۰/۹۹۹	-۰/۰۲	پس آزمون-پیگیری	۱۸/۴۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	۲/۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۲۵/۱۸	پیش آزمون	راهبردها
۰/۰۰۱	۲/۶۰	پیش آزمون-پیگیری	۲۲/۵۱	پس آزمون	
۰/۲۷۲	-۰/۰۷	پس آزمون-پیگیری	۲۲/۵۸	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۹۳	پیش آزمون-پس آزمون	۱۴/۵۱	پیش آزمون	شفافیت
۰/۰۰۱	۱/۸۰	پیش آزمون-پیگیری	۱۲/۵۸	پس آزمون	
۰/۲۶۶	-۰/۱۳	پس آزمون-پیگیری	۱۲/۷۱	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱۲/۶۲	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱۰/۶۷	پیش آزمون	نمره کل دشواری در تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	۱۲/۲۷	پیش آزمون-پیگیری	۹۸/۰۴	پس آزمون	
۰/۰۵۲	-۰/۳۶	پس آزمون-پیگیری	۹۸/۴۰	پیگیری	

بر اساس نتایج جدول ۷ درمان هیجان مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی شناسی اسلامی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۸ نتایج آزمون تعقیبی دشواری در تنظیم هیجان برای بررسی درمان اثربخش تر آمده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی دشواری در تنظیم هیجان برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
عدم پذیرش	درمان هیجان مدار	۱۷/۳۳	تفاضل هیجان مدار - مرور زندگی	-۰/۶۲	۰/۶۵۰
	درمان مرور زندگی	۱۷/۹۶	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۳/۲۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۶۲	تفاضل مرور زندگی - گروه کنترل	-۲/۶۷	۰/۰۰۱
اهداف	درمان هیجان مدار	۱۲/۸۰	تفاضل هیجان مدار - مرور زندگی	-۰/۰۷	۰/۹۹۹
	درمان مرور زندگی	۱۲/۸۷	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱/۳۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۱۱	تفاضل مرور زندگی - گروه کنترل	-۱/۲۴	۰/۰۰۱
تکانه ها	درمان هیجان مدار	۱۳/۸۷	تفاضل هیجان مدار - مرور زندگی	-۰/۳۸	۰/۹۸۶
	درمان مرور زندگی	۱۴/۲۴	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱/۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵/۵۳	تفاضل مرور زندگی - گروه کنترل	-۱/۲۹	۰/۰۰۵
آگاهی	درمان هیجان مدار	۱۸/۲۴	تفاضل هیجان مدار - مرور زندگی	-۰/۰۹	۰/۹۹۹
	درمان مرور زندگی	۱۸/۳۳	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۲/۸۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۱۳	تفاضل مرور زندگی - گروه کنترل	-۲/۸۰	۰/۰۰۱
راهبردها	درمان هیجان مدار	۲۲/۵۶	تفاضل هیجان مدار - مرور زندگی	-۰/۱۶	۰/۹۹۹
	درمان مرور زندگی	۲۲/۷۱	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۲/۴۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۵/۰۰	تفاضل مرور زندگی - گروه کنترل	-۲/۲۹	۰/۰۰۱
شفافیت	درمان هیجان مدار	۱۲/۵۳	تفاضل هیجان مدار - مرور زندگی	-۰/۴۷	۰/۲۵۴
	درمان مرور زندگی	۱۳/۰۰	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱/۷۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۲۷	تفاضل مرور زندگی - گروه کنترل	-۱/۲۷	۰/۰۰۱
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	درمان هیجان مدار	۹۷/۳۳	تفاضل هیجان مدار - مرور زندگی	۱/۷۸	۰/۳۱۰
	درمان مرور زندگی	۹۹/۱۱	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱۳/۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱۰/۶۷	تفاضل مرور زندگی - گروه کنترل	-۱۱/۵۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۸ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی شناسی اسلامی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی شناسی اسلامی بر دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دختر دارد.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی شناسی اسلامی بر دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان دختر بود. نتایج نشان داد درمان هیجان مدار تاثیر معناداری بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان داشته است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات [داودی و همکاران \(۱۳۹۸\)](#)، [غلامی و همکاران \(۱۴۰۱\)](#) و [گلیسینی و همکاران](#)

(۲۰۲۳) همسویی دارد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار را نشان داده‌اند. همچنین یافته‌ای ناهمسو با این نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار یک راهنمای ارزشمند و به موقع برای متخصصانی است که به دنبال بهبود اثربخشی بالینی خود هستند و در این زمینه درمان هیجان‌مدار می‌تواند میزان تنظیم هیجان را در افراد به میزان زیادی بهبود بخشد (فری و همکاران^۱، ۲۰۲۱). همچنین می‌توان گفت که در درمان هیجان-مدار ابتدا به مراجع کمک می‌شود تا از منابع داخلی برای مقابله با علائم استفاده کند و عاملیت خود را در کمک به ایجاد این علائم تشخیص دهد. سپس به مراجع کمک می‌شود تا ظرفیتی برای دسترسی و تحمل هیجانات دردناک خاص زیربنایی این علائم ایجاد کند، و با انجام این کار، نیازهای برآورده نشده نهفته در این هیجانات دردناک را شناسایی و بیان کند. این به نوبه خود امکان ایجاد یک فرآیند فراتشخیصی هیجانی را فراهم می‌کند که به موجب آن در نهایت به مراجع کمک می‌شود تا هیجانات ناسازگار را از طریق تولید پاسخ‌های هیجانی سازگار (مانند شفقت) به نیازهای هیجانی برآورده نشده تبدیل کند. بنابراین، درمان هیجان‌مدار بر ارائه یک رابطه درمانی مشفقانه و غلبه بر علائم (به عنوان مثال، دشواری در تنظیم هیجانات) از طریق افزایش منابع مقابله‌ای درونی و از طریق کارهای تجربی که هم عملکرد و هم هزینه فرایندهای هیجانی را که باعث ایجاد و حفظ علائم می‌شوند، تمرکز می‌کند و باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار تأثیر معناداری بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی تأثیر معناداری بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان داشته است. نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات سلگی (۱۴۰۱)، صباغی و همکاران (۱۳۹۴) و احمدپور، نعیمی و یوسفی (۱۴۰۲) همسویی دارد که اثربخشی درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی را نشان داده‌اند. همچنین یافته‌ای ناهمسو با این نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که مرور زندگی یک فرایند درمانی است که باعث افزایش بینش و درک خود شده و با تغییرات رفتاری، عاطفی و شناختی همراه است و می‌تواند باعث از بین رفتن نفرت‌های وحشتناک، تعصبات خاص و مطلق‌نگری شود. درمان مرور زندگی موجب می‌شود تا فرد با بازبینی تجارب زندگی و بازسازی شناختی حوادث زندگی مفهوم و درک خویش از تاریخ زندگی شخصی‌اش را گسترش می‌دهد که این امر به طور مستقیم بر شناخت و احساسات فرد تأثیر می‌گذارد و در مدیریت هیجانات وی مؤثر است. بنابراین وقوع مرور زندگی ذاتاً و فی‌نفسه یک فرایند درمانی است که منجر به بینش و درک بیشتر از خود، همراه با تغییرات عاطفی، رفتاری و شناختی است. توجه به جهان هستی و مذهب و تقیدات مذهبی و مرور آنها در جلسات گروهی نیز می‌تواند با توجه به بافت مذهبی کشور ایران و به ویژه پابندی نوجوانان به آیین‌ها و آداب مذهبی سبب تغییر مثبت در تنظیم هیجانات سازگانه و همچنین کاهش هیجانات ناسازگارانه تأثیرگذار باشد. لذا منطقی است گفته شود که درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی تأثیر معناداری بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان داشته باشد.

در نهایت نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری نسبت به درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری نسبت به درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان دارد، اما نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات داودی و همکاران (۱۳۹۸)، غلامی و همکاران (۱۴۰۱) و گلیسینی و همکاران (۲۰۲۳) همسویی دارد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان را نشان داده‌اند. همچنین یافته‌ای ناهمسو با این نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در واقع هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال هیجانات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد و قطع رابطه با دیگران سودمند واقع گردند (تئو و همکاران^۲، ۲۰۱۸). اما تعدیل و تنظیم آنها از طریق آموزش‌های روانشناختی مانند رویکرد هیجان‌مدار می‌تواند، نقش مؤثری بر کنترل عملکردهای مخرب هیجانی مانند دشواری در تنظیم هیجان افراد داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به

عنوان راه‌حلی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات عمل می‌کنند (پلنر و همکاران^۱، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، چون هیجانات نقش مهمی در فرد ایفا می‌کنند و آموزش این روش‌ها به آنانی که از مشکلات در مدیریت هیجانات رنج می‌برند، به منظور تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، با پذیرش هیجانات مثبت در ارتباط هستند. بنابراین، درمان هیجان‌مدار می‌تواند، با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها، نقش مهمی در کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از واکنش‌های هیجانی را داشته باشد. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری نسبت به درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی نوجوانان دختر ۱۷ تا ۲۱ ساله مراجعه کننده به مرکز مشاوره بابک شهر پرداخته شده است و تنها ابزار گردآوری برای میزان دشواری در تنظیم هیجان پرسشنامه خودگزارشی بوده است که این می‌تواند باعث شود نوجوانان دختر پاسخ‌های جامعه‌پسند به سوالات پرسشنامه بدهند. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله دختران نمونه در دامنه سنی مشابه این پژوهش در شهرهای دیگر تکرار شود تا بتوان به مقایسه نتایج بین فرهنگی پژوهش‌ها پرداخت. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان‌مدار و درمان مرور زندگی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی پرداخته شود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان به طور کاربردی پیشنهاداتی را مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از اینگونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات نوجوانان استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه‌ریزی و درمان در زمینه مشکلات هیجانی نوجوانان هستند می‌توانند از نتایج اینگونه تحقیقات برای بهبود مشکلات هیجانی نوجوانان استفاده کنند. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر اثربخش بودن هر دو درمان، تقدم استفاده در کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دختر با درمان هیجان‌مدار است.

۵. ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می‌توان به کسب رضایت از افراد نمونه در هر دو گروه برای شرکت در مداخلات، دادن این اطمینان به آنان که پاسخنامه به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه هر فرد محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ کسی قرار داده نخواهد شد، فرآیند مطالعه برای همه آنان توضیح داده شد، از اهداف مطالعه آگاه شدند. همچنین ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری از اصول رعایت شده اخلاقی در این پژوهش بوده است. همچنین نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار این پژوهش علمی رعایت نموده‌اند و این موضوع مورد تأیید همه نویسندگان است.

۶. سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان (نوجوانان دختر) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷. حامی مالی

این پژوهش حمایت مالی نداشته است.

۸. تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- احمدپور، ز.، نعیمی، ا.، و یوسفی، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان هستی‌شناسی اسلامی بر دشواری تنظیم هیجانات در نوجوانان دختر. مجله سلامت معنوی، ۳(۳)، ۱۶۹-۱۶۳. <http://spiritual-health.ir/article-1-115-fa.html>
- اسمعیلی، م. (۱۳۸۹). مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با تأکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه. نشریه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱ (۲)، ۱۹-۱. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2010.5871>
- ترابی، ع.، افروز، غ.، حسینی، ف.، و گلشنی، ف. (۱۴۰۰). طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودکان دبستانی با نشانگان بیش‌فعالی. فصلنامه خانواده‌ و پژوهش، ۱۸ (۳)، ۴۲-۲۵. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5>
- داودی، ر.، منشی، غ.، و گل‌پرور، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی نوجوان محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم هیجان نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل‌هراسی. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۸ (۴)، ۲۵-۱۶. <https://jhpm.ir/article-1-1014-fa.html>
- سلگی، ز. (۱۴۰۱). تأثیر درمان مرور زندگی مبتنی بر گرایش هستی‌شناسی اسلامی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تفکر قطعی‌نگر در سالمندان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۳ (۴)، ۱۲۰-۱۰۹. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.1913106.2693>
- صباغی، ح.، اسمعیلی، م.، و کلانتر کوشه، س. (۱۳۹۴). مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با گرایش هستی‌شناسی اسلامی بر روابط والد - فرزندی نوجوانان. نشریه پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی، ۲۳ (۲۶)، ۱۶۳-۱۳۹. https://iej.ihu.ac.ir/article_200893.html
- غلامی، س.، کشاورزی، ف.، محمدخانی، پ.، و حسینی، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودانتقادی دختران نوجوان با تجربه سوگ طلاق والدین. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۷ (۶۷)، ۱۹۶-۱۸۷. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1401.17.67.2.4>
- کرمانی‌مامازندی، ز.، و طالع‌پسند، س. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان. نشریه علمی آموزش و ارزشیابی، ۱۱ (۴۲)، ۱۱۷-۱۴۲. https://jinev.tabriz.iau.ir/article_543435.html
- گرینبرگ، لزل. (۱۴۰۲). مربیگری در درمان هیجان‌مدار. هدایت مراجعان در کار با هیجان‌هایشان ترجمه محمدآرش رضانی، زینب باقری و ایمان همت‌یار. نشر روان، تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۵). <https://ravabook.ir/1>
- ویسی، س.، و کاشفی، ف. (۱۴۰۴). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر نقایص کارکردهای اجرایی، نظریه ذهن و ذهنی‌سازی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۱۰ (۵۸)، ۳۵۳-۳۴۰. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>

References

- Ahmadpour, Z., Naimi, E., & Yousefi, E. (2023). The Effectiveness of Islamic Ontology Therapy on the Difficulty of Regulating Emotions in Adolescent Girls. *J Spiritual Health*, 2 (3), 163-169. <http://dx.doi.org/10.30491/JSH.2.3.163> (In Persian)
- Ahmed, S. P., Piera Pi-Sunyer, B., Moses-Payne, M. E., Goddings, A. L., Speyer, L. G., Kuyken, W., ... & Blakemore, S. J. (2024). The role of self-referential and social processing in the relationship between pubertal status and difficulties in mental health and emotion regulation in adolescent girls in the UK. *Developmental Science*, 27(4), e13503. <https://doi.org/10.1111/desc.13503>
- Barnes, G. L., Ozsivadjian, A., Baird, G., Absoud, M., & Hollocks, M. J. (2024). Investigating the Effects of Transdiagnostic Processes on Anxiety and Depression Symptoms in Autistic Young People: the Mediating Role of Emotion Dysregulation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1 (2), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06246-0>
- Blay, M., Duarte, M., Dessouli, M. A., Durpoix, A., Rüfenacht, E., Weibel, S., ... & Perroud, N. (2024). Proposition of a transdiagnostic processual approach of emotion dysregulation based on core triggers and interpersonal styles. *Frontiers in Psychiatry*, 15 1260138. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1260138>
- Chiang, S. C., Chen, W. C., & Chou, L. T. (2023). The prospective association between emotional reactivity and adolescent suicidal ideation. *Archives of Suicide Research*, 1(2), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2262536>
- Clapham, R., & Brausch, A. (2024). Internalizing and externalizing symptoms moderate the relationship between emotion dysregulation and suicide ideation in adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 55 (2), 467-478. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01413-9>

- Cristofanelli, S., Testa, S., Centonze, E., Baccini, G., Toniolo, F., Vavalle, V., & Ferro, L. (2024). Exploring emotion dysregulation in adolescence and its association with social immaturity, self-representation, and thought process problems. *Frontiers in Psychology*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320520>
- Davoudi, R., Manshaee, G., & Golparvar, M. (2019). Comparing the Effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness with Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation among Adolescents Girl with Nomo-Phobia. *Journal of Health Promotion Management*, 8 (4), 16-25. <http://jhpm.ir/article-1-1014-en.html> (In Persian)
- Esmaili, M. (2010). Study the effectiveness of life review therapy with emphasis on Islamic ontology on decreasing the symptoms PTSD. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 1 (2), 1-20. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2010.5871> (In Persian)
- Faura-Garcia, J., Calvete, E., & Orue, I. (2024). Longitudinal associations between nonsuicidal self-injury, depressive symptoms, hopelessness, and emotional dysregulation in adolescents. *Archives of Suicide Research*, 28(3), 800-814. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2237075>
- Forstmeier, S., Zimmermann, S., van der Hal, E., Auerbach, M., Kleinke, K., Maercker, A., & Brom, D. (2023). Effect of life review therapy for holocaust survivors: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 36(3), 628-641. <https://doi.org/10.1002/jts.22933>
- Frei, J. M., Sazhin, V., Fick, M., & Yap, K. (2021). Emotion-oriented coping style predicts self-harm in response to acute psychiatric hospitalization. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(3), 232-238. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000713>
- Friedmann, J. S., Lumley, M. N., & Lerman, B. (2016). Cognitive schemas as longitudinal predictors of self-reported adolescent depressive symptoms and resilience. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 32-48. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1100212>
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). Educational research: an introduction (8th ed.). New York, NY: Pearson Education. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1035831>
- Gholami, S., Keshavarzi, F., Mohamadkhani, P., & Hasani, F. (2022). The effectiveness of emotion-based therapy o cognitive regulation of emotion and self-criticism of adolescent girls experiencing parental divorce mourning. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(67), 187-196. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15293> (In Persian)
- Gill, B. K., Balodis, I. M., Minuzzi, L., Shah, N., & Boylan, K. (2024). Neural correlates of emotion dysregulation in adolescents: a systematic review. *Discover Psychology*, 4, 31-41. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00146-1>
- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2023). The role of beliefs about emotions in emotion-focused therapy for binge-eating disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53, 117-124. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09555-6>
- Gonçalves, S. F., Chaplin, T. M., Turpyn, C. C., Niehaus, C. E., Curby, T. W., Sinha, R., & Ansell, E. B. (2019). Difficulties in emotion regulation predict depressive symptom trajectory from early to middle adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 50, 618-630. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00867-8>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000248-000>

- Greenberg, L. S. (2023). Coaching in emotional therapy. Guiding clients in working with their emotions translated by Mohammad Arash Ramezani, Zainab Bagheri and Iman Hamtyar. Rawan Publishing House, Tehran. (Date of publication in original language 2015. (In Persian)
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Herd, T., Meyer, C., Casas, B., & Kim-Spoon, J. (2024). Longitudinal associations between changes in peer victimization and emotion dysregulation across adolescence. *Emotion*, 24(7), 1612–1624. <https://doi.org/10.1037/emo0001369>
- Iannattone, S., Mezzalana, S., Bottesi, G., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2024). Emotion dysregulation and psychopathological symptoms in non-clinical adolescents: The mediating role of boredom and social media use. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18, 5-10. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00700-0>
- Ke, T., Wu, J., Willner, C. J., Brown, Z., & Crowley, M. J. (2018). Adolescent positive self, negative self: associated but dissociable?. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 30(3), 203-211. <https://doi.org/10.2989/17280583.2018.1552590>
- Kermani Mamazandi, Z., & Talepasand, S. (2018). Psychometric Characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University Students. *Journal of Instruction and Evaluation*, 11(42), 117-142. <https://sanad.iau.ir/en/journal/jinev/Article/972741> (In Persian)
- Knaevelsrud, C., Böttche, M., Pietrzak, R. H., Freyberger, H. J., & Kuwert, P. (2017). Efficacy and feasibility of a therapist-guided Internet-based intervention for older persons with childhood traumatization: A randomized controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (8), 878–888. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.02.024>
- Maercker, A., & Bachem, R. (2013). Life-review interventions as psychotherapeutic techniques in psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 19720. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19720>
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
- McArthur, B. A., Burke, T. A., Connolly, S. L., Olino, T. M., Lumley, M. N., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2019). A longitudinal investigation of cognitive self-schemas across adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 48, 635-647. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-00981-1>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., & Hilt, L. M. (2009). Emotion dysregulation as a mechanism linking peer victimization to internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 894-911. <https://doi.org/10.1037/a0015760>
- Pascual-Leone, A., Paivio, S., & Harrington, S. (2016). Emotion in psychotherapy: An experiential–humanistic perspective. In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147–181). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14775-006>
- Plener, P. L., Bubalo, N., Fladung, A. K., Ludolph, A. G., & Lulé, D. (2012). Prone to excitement: Adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203(2-3), 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2011.12.012>
- Restoy, D., Oriol-Escudé, M., Alonzo-Castillo, T., Magán-Maganto, M., Canal-Bedia, R., Díez-Villoria, E., ... & Lugo-Marín, J. (2024). Emotion regulation and emotion dysregulation in children and adolescents with autism spectrum disorder: A meta-analysis of evaluation and intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 109, 102410. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102410>

- Sabbaghi, H., Ismaili, M., & Kalanter Koshe, S. (2015). Studying the effectiveness of life review therapy with Islamic ontology orientation on parent-child relationships of adolescents. *Research in Islamic Education Issues*, 23 (26), 139-163. https://iej.ihu.ac.ir/article_200893.html (In Persian)
- Schettler, L. M., Thomasius, R., & Paschke, K. (2024). Emotional dysregulation predicts problematic gaming in children and youths: a cross-sectional and longitudinal approach. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 605-616. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02184-x>
- Siegel, J. M. (1986). The multidimensional anger inventory. *Journal of personality and social psychology*, 51(1), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.1.191>
- Solgi, Z. (2023). The effect of life review treatment based on the Islamic ontology trend on cognitive flexibility and deterministic thinking in the elderly. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 23(4), 109-120. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.1913106.2693> (In Persian)
- Teo, J., & Chia, J. T. (2018, September). EEG-based excitement detection in immersive environments: An improved deep learning approach. In *AIP Conference Proceedings* (Vol. 2016, No. 1). AIP Publishing. <http://dx.doi.org/10.1063/1.5055547>
- Torabi, A.A., Afrooz, G.A., Hassani, F, Golshani, F. (2021). Designing a family-centered behavioral management program (fbmp) and evaluating its effectiveness in marital satisfaction of parents of children with ADHD. *Quarterly Journal of Family and Research*, 18(3), 25-42. <http://qjfr.ir/article-1-1179-en.html> (In Persian)
- Tschan, W., & Goldman, R. (2024). Use of emotion-focused therapy in the treatment of a case of anorexia nervosa. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 23(3), 362–385. <https://doi.org/10.1080/14779757.2024.2360602>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder, *New Advances in Behavioral Sciences*, 10 (58), 340-353. (In Persian) <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>
- Warwar, S. (2024). The use of homework in emotion-focused therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 80(4), 744-761. <https://doi.org/10.1002/jclp.23618>

Comparing the Effectiveness of Emotion- Focused Therapy with Life Review Treatment based on the Islamic Ontology Trend on the Difficulty in Regulating Emotion in Female Adolescents

Extended Abstract

Aim

Defining emotional dysregulation unequivocally is a challenging task. The literature contains multiple definitions and the starting point for conceptualizing it is understanding the complementary construct of emotional regulation. For instance, defines emotional regulation as an attempt to change the type of emotion, the timing of its experience, and the way it is expressed. According to Gross and Jazaieri (2014), difficulty in regulating emotion occurs when there is a failure or an improper use of strategies to modulate affect. difficulty in regulating emotion arise from the interaction between individual and environmental factors. Changes in biological, cognitive, and social systems that characterize adolescence create a complex set of environmental factors that contribute to impaired emotion regulation with difficulty in emotion regulation during this developmental period (Herd et al., 2024). Therefore, it is important to employ therapeutic interventions to help manage emotions and improve difficulty in emotion regulation in adolescent girls. This study examined the effectiveness of emotion-focused therapy and life review therapy based on Islamic ontology. Emotion-focused therapy is an empirically validated form of psychotherapy (Tschan & Goldman, 2024), which integrates person-centered, Gestalt, and existential therapies (Greenberg, 2004; Greenberg, 2023) and is a comprehensive, evidence-based, transdiagnostic treatment (Greenberg, 2021). On the other hand, in recent years, many combined therapies of religious interventions and various psychotherapies have been studied. The process of life review may be intertwined with existential theory, because the two

refer to similar questions, such as: How do the events in my life fit into the larger space? What is the relationship of the events in my life to me, to God? What is the purpose of my life? Is there meaning and concept in my life? Etc. In an ontological view, man is a part of existence that is subject to the general laws of creation that have been spread on earth by God, and the more a man understands the universe centered on God and can act in harmony with the goals revealed by God, the less anxious he will be (Salgi, 2023). The purpose of this study was to comparing the effectiveness of emotion-focused therapy with life review treatment based on the Islamic ontology trend on the difficulty in regulating emotion in female adolescents.

Methodology

This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population was all female adolescents aged 17 to 21 years who referred to counseling centers in Shahrebabak in the winter of 2022. In the first stage, 45 female adolescents were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (15 people in each group) and a control group (15 people) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused therapy by Greenberg (2015, translated by Ramezani and et al, 1402) and life review treatment based on the Islamic ontology trend, by Esmaili (2010), but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data difficulties in emotion regulation scale (DERS) of Gratz & Roemer (2004). Data analysis was performed using SPSS-28 software with analysis of variance with repeated measures and Bonferroni.

Findings

Based on the results of the mean and standard deviation of the age of the emotion-focused therapy group, 17.73 and 0.70; The mean and standard deviation of the age of the life review treatment based on the Islamic ontology trend is 17.67 and 0.62; The mean and standard deviation of the age of the control group was 17.87 and 0.74, which was used to homogenize the age of the three groups using the one-way analysis of variance test. With $F=0.33$, this amount is not statistically significant ($sig=0.723$), which indicates the homogeneity of the 3 groups in terms of age. After examining the statistical assumptions of repeated measures analysis of variance, this test was used to analyze the collected data. Taking into account the Greenhouse-Geisser correction, Table 1 reports the results of the repeated measures analysis of variance test to examine the differences in the research sample in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up of difficulty in regulating emotion.

Table 1. Results of tests of within-subjects' effects and tests of within-subjects' contrasts (Greenhouse-Geisser correction) of difficulty in regulating emotion

Variables	Source	F	df	Sig	Partial Eta	Observed Powera
non acceptance	factor	24.81	2	.001	.54	1.00
	factor * group	88.01	1.05	.001	.68	1.00
	group	21.82	2.09	.001	.51	1.00
goals	factor	9.19	2	.001	.30	.97
	factor * group	93.77	1.09	.001	.69	1.00
	group	17.70	2.18	.001	.46	1.00
impulses	factor	10.45	2	.001	.33	.98
	factor * group	85.17	1.0	.001	.67	1.00
	group	21.61	2.19	.001	.51	1.00
awareness	factor	22.55	2	.001	.52	1.00
	factor * group	90.96	1.03	.001	.68	1.00
	group	26.08	2.06	.001	.55	1.00
strategies	factor	36.24	2	.001	.63	1.00
	factor * group	104.07	1.07	.001	.84	1.00
	group	50.23	2.14	.001	.70	1.00
clarity	factor	23.04	2	.001	.52	1.00
	factor * group	116.80	1.33	.001	.74	1.00
	group	31.91	2.67	.001	.60	1.00
total difficulty in regulating emotion	factor	92.02	2	.001	.81	1.00
	factor * group	459.24	1.06	.001	.71	1.00

group	112.82	2.12	.001	.64	1.00
-------	--------	------	------	-----	------

The results of the study showed that of both interventions had a significant effect on difficulties in emotion regulation ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion- focused therapy has a greater effect than the life review treatment based on the Islamic ontology trend on reducing difficulties in emotion regulation. ($P < 0.05$).

Conclusion

showed that emotion- focused therapy has a greater effect than life review treatment based on the Islamic ontology trend on reducing the difficulty in emotion regulation. In explaining this result, it can be said that in fact, emotions are useful from a social point of view and can be useful in transferring emotions to others, social interaction, and establishing and breaking relationships with others (Teo and et al, 2018). However, adjusting and regulating them through psychological training such as emotion-oriented approach can have an effective role in controlling destructive emotional functions such as difficulty in regulating people's emotions; Because emotions act as solutions to deal with challenges, stresses and problems (Plener and et al, 2012). In other words, because emotions play an important role in a person, and teaching these methods to those who suffer from problems in managing emotions, in order to regulate emotions as a therapeutic method in regulating emotions, by accepting positive emotions in connection are Therefore, by making the person aware of positive and negative emotions, accepting and expressing them in time, emotional therapy can play an important role in reducing the difficulties in emotion regulation and increasing desirable behaviors to prevent emotional reactions. Among the limitations of this study was that only 17- to 21-year-old female adolescents referred to the Babak Shahr Counseling Center were studied, and the only collection tool for the level of difficulty in regulating emotions was a self-report questionnaire, which could cause female adolescents to give socially acceptable answers to the questionnaire questions. To overcome these limitations, it is suggested that research be conducted in other cities and that in addition to using questionnaires, other tools such as interviews be used. It is suggested that such studies be repeated in other samples, including female samples in the same age range as this study, in other cities so that cross-cultural comparisons of research results can be made. The follow-up phase in this study was 2 months. Accordingly, it is suggested that in future studies, the continuity and durability of emotion-focused therapy and life review therapy based on Islamic ontology should be examined by considering a longer and longer follow-up phase (more than six months or even a year). Based on the results of the study, some practical suggestions can be made. So that it is suggested that therapists and psychological specialists in this field use such therapeutic interventions to reduce adolescent problems. Therefore, the Iranian Psychology and Counseling System Organization and psychological counseling and service centers that are responsible for planning and treatment in the field of adolescent emotional problems can use the results of such research to improve adolescent emotional problems. Therefore, it can be concluded that in addition to the effectiveness of both treatments, the priority of using emotion-focused therapy in reducing difficulty in regulating the emotions of adolescent girls is.

It can be concluded that in addition to the effectiveness of both treatments, the priority of using emotion- focused therapy in improving difficulties in emotion regulation of female adolescents.

Keywords: *difficulties in emotion regulation, emotion- focused therapy, life review treatment based on the Islamic ontology trend.*

Ethical Approval

In the present study, the ethical approval of research, including secrecy, confidentiality and privacy of individuals, were observed, and participation in the research did not cause any possible harm to the participants.

Acknowledgments

We thank and appreciate all the people and participants (female adolescents aged 17 to 21 years who referred to counseling centers in Shahrehabak in the winter of 2022) who helped us in conducting this research.

Authors' contribution

This article is taken from the doctoral dissertation of the first author, and the second author as a supervisor and the third author as a consultant had the role of supervising the successful completion and implementation of the research.

Conflict of Interest: According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.