

Comparing the Effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on Self-Esteem, Cognitive-Emotional Regulation and Non-Suicidal Self-Injury in daughters

Ghazal Yasfard

M.A, Dept of General Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Zahra Abaspour Azar

* Assistant Professor, Dept of Psychology, College of Humanities, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author). Email: Z.abaspoorazar@jau-tnb.ac.ir

Seyed Ali Hosseini Almadani

Assistant Professor, Dept of Psychology, College of Humanities, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Received: 21 April 2019

Accepted: 20 August 2019

DOI: 10.29252/ijhehp.7.4.343

ABSTRACT

Background and Objective: Today, self-injury behavior has a significant prevalence among adolescents. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) and solution-focused brief therapy (SFBT) on self-esteem, cognitive emotion regulation, and non-suicidal self-injury behavior.

Materials and Methods: This study was Quasi-experimental research. The statistical population consisted of 45 students studying in junior high school in Pardis city (2017-2018). They were committed non-suicidal self-injury behavior at least for once. Using random access sampling method, the sample divided into two experimental groups and a control group ($n_1 = n_2 = n_3 = 15$). The research tools included Eysenck's self-esteem questionnaire (1976), Garnefski and Kraaij's cognitive emotion regulation questionnaire (2006), and Klonowski and Glenn's self-injurious behaviors and functions (2009). Experimental groups were under the dialectical behavior therapy and solution-focused (brief) therapy. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: There was a significant difference between the effectiveness of dialectical behavior therapy with solution-focused brief therapy on reducing self-injury behavior ($p < 0/001$) and cognitive emotion regulation ($p < 0/05$). There wasn't any significant difference in self-esteem variable. The mean scores of self-injury behavior for the dialectical behavior therapy group in post-test was significantly lower than the mean scores of the solution-focused brief therapy group and the control group. The mean of the dialectical behavior therapy group after a positive reappraisal was significantly higher than the mean of the control group.

Conclusion: The method of dialectical behavior therapy compared to Solution-focused therapy has a greater impact on increasing the positive reappraisal subscale in cognitive emotion regulation and decreasing self-injury behavior.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Solution-Focused Brief Therapy, Self-esteem, Cognitive Emotion Regulation, Self-Injury

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Yasfard Gh, Abaspour Azar Z, Hosseini Almadani A. Comparing the Effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on Self-Esteem, Cognitive-Emotional Regulation and Non-Suicidal Self-Injury in daughters. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2020*;7(4): 343-358. [Persian]

► **Citation (APA):** Yasfard Gh., Abaspour Azar Z., Hosseini Almadani A. (Winter 2020). Comparing the Effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on Self-Esteem, Cognitive-Emotional Regulation and Non-Suicidal Self-Injury in daughters. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 7(4),343-358. [Persian]

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان کوتاه مدت راه حل محور بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خود جرحی غیرخودکشی در دختران

چکیده

زمینه و هدف: امروزه رفتار خودجرحی، شیوع قابل ملاحظه ای در بین نوجوانان یافته است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان کوتاه مدت راه حل محور بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خود جرحی غیر خودکشی بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۴۵ دانش آموز از بین دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول سال تحصیلی ۹۷-۹۶ در شهرستان پردیس که حداقل یکبار رفتار خود جرحی غیر خودکشی را انجام داده بودند به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (۱۵=۲۱-۲۳=۲۱). ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های عزت نفس آیزنک، تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ، رفتارها و کارکردهای خودجرحی کلونسکی و گلن بود. گروه های آزمایش تحت رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان کوتاه مدت راه حل محور قرار گرفتند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین اثربخشی درمان دیالکتیک با درمان راه حل محور بر کاهش رفتار خود جرحی ($p<0/01$) و تنظیم شناختی هیجان، تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p<0/05$). و در متغیر عزت نفس تفاوت معنی داری وجود نداشت. میانگین نمرات رفتار خود جرحی گروه دیالکتیک در پس آزمون به طور معنی داری کمتر از میانگین نمرات گروه راه حل محور و گروه کنترل بود. میانگین گروه دیالکتیک در بعد ارزیابی مجدد مثبت به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: روش درمانی دیالکتیک نسبت به درمان راه حل محور بر افزایش خرده مقیاس ارزیابی مجدد مثبت در تنظیم شناختی هیجان و کاهش رفتار خود جرحی تأثیر بیشتری دارد.

کلیدواژه: رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان کوتاه مدت راه حل محور، عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان، خود جرحی

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

غزال یاس فرد

کارشناس ارشد، گروه روان شناسی عمومی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

زهرآ عباسپور آذر

* استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران (نویسنده مسئول):

Z.abaspoorazar@jau-tnb.ac.ir

سید علی حسینی المدنی

استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران

◀ **استناد (ونکوور):** یاس فرد غ، عباسپور آذر ز، حسینی المدنی ع. مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان کوتاه مدت راه حل محور بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خود جرحی غیرخودکشی در دختران. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۸؛ ۷(۴): ۳۴۳-۳۵۸.

◀ **استناد (APA):** یاس فرد، غزال؛ عباسپور آذر، زهرآ؛ حسینی المدنی، سید علی. (زمستان ۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان کوتاه مدت راه حل محور بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خود جرحی غیرخودکشی در دختران. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۷(۴): ۳۴۸-۳۵۸.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۲۹

عزت نفس به عنوان عامل مهمی در تکوین شخصیت نوجوانان متغیری قابل توجه است. در واقع عزت نفس، میزان ارزشی است که فرد برای خود قائل می شود و در واقع نوعی ارزشیابی شخصی می باشد. عزت نفس به چگونگی احساس مثبت فرد درباره ویژگی های مختلف خود مرتبط می شود (۴). علاوه بر عزت نفس، با توجه به اینکه نوجوانی دوره ای همراه با هیجان های متفاوت برای نوجوانان است توجه به سازه تنظیم هیجان برای کنترل و مدیریت هیجانات دوره نوجوانی نیازمند بررسی و مطالعه است. تنظیم هیجان را می توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آنها را داشته باشند، و چگونه آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (۵). در این رابطه، Thompson، نیز معتقد است که تنظیم هیجان به منزله ی فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی، و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارند (۶). بررسی متون و مطالعات روان شناختی نشان می دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۷) و نقص در آن با اختلالات درون ریز (مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی) و اختلالات برون ریز (مانند بزهکاری، و رفتار پر خاشگرانه) ارتباط دارد (۸). براساس مطالب مطرح شده در راستای نقش مهم دو متغیر عزت نفس و تنظیم هیجان در نوجوانان، شناخت مداخلات درمانی که بتواند در بهبود این متغیرها به نوجوانانی که حداقل یکبار رفتار خود جرحی غیر خودکشی داشته اند، مساله اساسی و قابل بررسی است. براساس بررسی های پژوهشگر، روش درمانی دیالکتیک (Dialectical)، یکی از روش های درمانی است که در حوزه های جلوگیری از خودکشی، خودزنی و بسیاری از رفتارهای خود آسیب رسان دارای کاربرد و اهداف درمانی است (۴). رفتار درمانی دیالکتیک روش درمانی است که توسط Linehan در اوایل دهه ی ۹۰ میلادی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دیگر بیماران مبتلا به بد تنظیمی های هیجانی و تکانشگری معرفی شد، این درمان که

نوجوانی دوره ای مهم از رشد انسان می باشد که با تغییرات زیستی-عصبی، هورمونی، فیزیولوژیکی و تغییرات اجتماعی همراه است. در طول این دوره نوجوانان با عوامل استرسزای متعددی کنار می آیند (۱). یکی از شایع ترین مشکلاتی که امروزه در میان نوجوانان رواج یافته است، رفتار خودجرحی (Self-Injury Behavior) است که به میزان زیادی در همه فرهنگ ها یافت می شود و تحت عنوان تخریب عمدی یا تغییر بافت های بدن بدون قصد آشکار و خودکشی (Suicidal) تعریف شده است (۲). رفتارهای خودجرحی به شکل های متفاوتی ظاهر می شوند. Favazza (۱۹۹۸)، رفتارهای خود جرحی (خود آسیبی) را به سه دسته تقسیم کرده است: ۱- رفتارهای خود آسیبی شدید، که در بیماران روانی مشاهده می شوند، و در نتیجه آن فرد آسیبی جدی به بافت های بدن خودش وارد می کند، نظیر قطع عضوی از بدن. ۲- رفتارهای خود آسیبی کلیشه ای (غیرارادی)، که در عقب ماندگان ذهنی، اتیسم و یا سندروم توره مشاهده می شود. در چنین حالتی فرد بی اراده و به صورت تکراری اقدام به زدن خود می کند (نظیر محکم زدن سر به دیوار)، ۳- رفتارهای خود آسیبی سطحی که شایع ترین نوع است و تحت تاثیر مد یا عوامل دیگر انجام می شود؛ نظیر خراشیدن و بریدن پوست، کندن زخم، جویدن ناخن، جراحی های زیبایی و حکاکی پوست. کلونسکی Klonsky سیزده نوع انگیزه (تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، مراقبت از خود، ضد تجزیه ای، ضد خودکشی، حس جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، انتقام گیری و خودمختاری) را که در دو عامل درون فردی و بین فردی طبقه بندی می شوند، به عنوان انگیزه های خودجرحی غیر خودکشی شناسایی کرده و آزمودنی را برای سنجش این کارکردها تدوین کرده است. تأمل در انگیزه های معرفی شده کلونسکی و یافته های حاصل از مصاحبه با آزمودنی ها، پژوهش حاضر را به بررسی نقش عزت نفس (Self-Esteem) و تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation) سوق می دهد؛ چرا که به نظر می رسد این سیزده انگیزه در بروز رفتار خود جرحی غیر خودکشی، می توانند در زیر چتر دو مؤلفه عزت نفس

از ابتدای تأسیس تاکنون موفقیت‌های بسیاری بدست آورده در آغاز برای افرادی با اختلال‌های متعدد و سخت روانشناختی که به طور مزمن خودکشی گرا هستند طراحی شد (۹). در این روش بر مهارت‌آموزی، پذیرش و اعتبار بخشی هیجانات تأکید شده است. ابعاد مختلف مهارت‌آموزی در این روش شامل آموزش مهارت‌های اثربخش بین فردی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، افزایش تحمل ناکامی و مهارت‌های اعتبار بخشی می‌باشد (۱۰). علاوه بر رفتار درمانی دیالکتیک، اثربخشی روش درمانی کوتاه مدت راه حل محور به روش گروهی (Solution-Focused Brief Therapy) بر عزت نفس، تنظیم هیجان و رفتار خودجرحی نوجوانان، مداخله درمانی دیگری است که ذهن پژوهشگر را به انجام چنین پژوهشی سوق داده است. درمان کوتاه مدت راه حل محور یکی از شاخه‌های رویکرد پست مدرن است که با تمرکز به حل مساله، تغییر و توجه به راه حل‌ها به درمان مشکلات می‌پردازد. این درمان به دلیل دیدگاه غیر آسیب شناختی، کوتاه مدت بودن، ماهیت کاربردی و عملی آن و تکنیک‌های ساده قابل آموزش، یکی از رایج‌ترین رویکردهای درمانی کنونی است (۱۱، ۱۲، ۱۳) که اثربخشی آن در حوزه رفتارهای خودجرحی در نوجوانان نیازمند بررسی است که در این پژوهش سعی شده بدان پرداخته شود.

بر اساس پژوهش‌های بین‌المللی، نرخ افکار و رفتارهای خودجرحی در گذر به نوجوانی به صورت بسیار زیادی افزایش می‌یابد و بیشترین شیوع ایده پردازی درباره خودکشی مربوط به اواسط نوجوانی است (۱۴). بنابراین نوجوانان بیشتر از سایر گروه‌های سنی در معرض خودآسیب رسانی هستند. یافته‌ها همچنین حکایت از این دارند که شیوع این نوع رفتارها به ویژه از نوع خودجرحی بدون خودکشی در یک دهه اخیر شایع تر شده است (۱۵). نتایج پژوهشی در کشور آمریکا نشان داده است به طور تقریبی در ۱۲ تا ۱۴ درصد از دانش‌آموزان دوره دبیرستان سابقه حداقل یک بار خودجرحی غیر خودکشی وجود دارد و دختران بیشتر از پسران سابقه این رفتار را دارند (۱۶). اطلاعات دقیقی درباره شیوع رفتارهای خودآسیب رسانی در ایران وجود ندارد، تنها در یک مطالعه بر روی ۳۵۰ نوجوان

دختر مقطع دبیرستان نشان داده است ۱۲٪ از نوجوانان در یک سال گذشته حداقل یک بار و ۴٪ بیش از یک بار اقدام به خودزنی از طریق بریدن و زخمی کردن بخش‌های مختلف بدن کرده بودند (۱۷). نوجوانان به ویژه دختران به عنوان گروه حساس و آسیب پذیری که رفتارهای خودآسیب رسانی می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر منفی بگذارد، شناخت درمان‌های روان شناختی مناسب که بتواند در ارتقای سلامت روانی به آنها کمک نماید، موضوعی حائز اهمیت و نیازمند بررسی است. چرا که سلامت حق طبیعی هر انسان از جمله این گروه سنی حساس می‌باشد. همچنین برآوردها در اقتصاد بهداشت نشان می‌دهد که دوران نوجوانی نه تنها از لحاظ کمی با ارزش ترین گروه سنی اجتماع می‌باشد، بلکه بهترین سنین برای فراگیری مهارت‌های سالم زیستن نیز محسوب می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه اکثر تحقیقات انجام گرفته بیشتر به رفتارهای خودآسیبی و عوامل موثر و مرتبط با آن پرداخته شده و برخی از پژوهش‌ها درمان‌های کاربردی را مورد مطالعه قرار داده اند، به ویژه رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان راه حل محور کمتر در حیطه رفتارهای خودآسیبی و ارتقاء سلامت این نوجوانان بررسی شده است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان کوتاه مدت راه حل محور به شیوه گروهی بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیر خودکشی (تمرکز پژوهش حاضر بیش تر به رفتارهای خود جرحی سطحی نظیر خراشیدن و بریدن پوست، کندن زخم، جویدن ناخن، جراحی‌های زیبایی و حکاکی پوست است)، در دختران دوره متوسطه اول شهرستان پردیس انجام شد. که از مؤلفه‌های تأثیر گذار بر سلامت روان نوجوانان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری را، دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول سال تحصیلی ۹۷-۹۶ در شهرستان پردیس تشکیل دادند. نمونه‌های پژوهش شامل دانش‌آموزانی بود که حداقل

(دارای گواهینامه دوره های آموزشی دیالکتیک و اصول و فنون درمان راه حل محور از سازمان های نظام روان شناسی و مشاوره) در بین دو گروه آزمایشی اجرا شد. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور خلاصه شامل این موارد بود: در جلسه اول آشنایی اعضا گروه با هم، معرفی برنامه و وضع قراردادها انجام گرفت. در جلسه دوم، دو دسته مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر آموزش و تمرین داده شد. جلسات سوم تا پنجم به بخش اول از مولفه های تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران اختصاص داشت. در جلسات هفتم و هشتم به مولفه های تنظیم هیجانی پرداخته شد. در جلسه نهم به آخرین مولفه یعنی مهارت بین فردی اثربخش اختصاص داده شد. در نهایت در جلسه دهم جمع بندی و اجرای پس آزمون در جلسه دهم انجام شد.

درمان کوتاه مدت راه حل محور به طور خلاصه بدین صورت انجام گرفت؛ جلسه اول: اجرای پیش آزمون، تعریف مشکل، تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس، بحث و مناظره درباره مشکل. جلسه دوم: بررسی تکالیف هفته قبل، کمک به شرکت کنندگان تا بتوانند هدفهای خود را به صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری تدوین کنند. جلسه سوم: بررسی راه حل های برطرف کننده شکایات، فرمول بندی حلقه های راه حل مشکلات. خلاصه ای از جلسه قبل و بررسی مشکل، حرف زدن درباره آینده، استفاده از فن استنها و سؤالات معجزه های، پیدا کردن یک داستان مثبت. جلسه چهارم: بررسی تکالیف و خلاصه ای از جلسه قبل، توضیح فن شاه کلید و استفاده از آن، استفاده از فن سؤالات مقیاسی. جلسه پنجم: بررسی تکالیف هفته قبل، ادامه فن شاه کلید هفته قبل، استفاده از فن تکالیف وانمودی، استفاده از سؤالات راه حل محور. استفاده از برهان خلف و شرط بندی متناقض. جلسه ششم: خلاصه ای از جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده، استفاده از سؤالات درجه دار، تعیین اینکه آیا مراجعان به اهداف درمان دست یافته اند؟ و اجرای پس آزمون.

پرسشنامه عزت نفس آیزنک (۱۹۷۶) ۳۰ سؤال دارد که سؤالات آن برگرفته از سؤالات نا استواری هیجانی پرسشنامه شخصیت

یکبار رفتار خود جرحی غیر خودکشی را انجام داده بودند. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن (با اندازه اثر ۰/۵ و توان ۰/۸۰ با آلفای ۰/۰۵)، برای هر گروه ۱۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش درمان دیالکتیک، ۱۵ نفر گروه آزمایش درمان راه حل محور و ۱۵ نفر گروه کنترل) و در مجموع ۴۵ نفر تعیین شد. برای انتخاب افراد نمونه و اجرای پژوهش، ابتدا از آموزش و پرورش کل استان تهران با ارائه عنوان طرح، مجوز اجرا در مدارس شهرستان پردیس گرفته شد. سپس مجوز به به اداره آموزش و پرورش شهرستان پردیس ارجاع داده شد و با همکاری این سازمان، پژوهشگر برای اجرای طرح به ۵ مدرسه دخترانه مقطع متوسطه معرفی شد که براساس میزان همکاری مسئولین مدرسه و علاقه مربیان برای اجرای پژوهش، یک مدرسه به شیوه در دسترس انتخاب شد. برای انتخاب دانش آموزان، ابتدا در تمامی کلاس ها به صورت مختصر در مورد اهداف پژوهش حاضر داده شده و از بین آنها، دانش آموزانی که دارای سابقه حداقل یکبار رفتار خود جرحی غیر خودکشی بودند و به صورت داوطلبانه حاضر به همکاری با پژوهشگر شدند، ۴۵ دانش آموز انتخاب و با توجه به ملاک های ورود (جنسیت مؤنث، محدوده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال، دارای حداقل یکبار رفتار خود جرحی غیر خودکشی و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش)، در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) که هر کدام شامل ۱۵ نفر بودند، به تصادف جایگزین شدند. ($n_1 = n_2 = n_3 = 15$). گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای تحصیلات پدر و مادر و وضعیت مالی خانواده همتا شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های عزت نفس Eysenck (۱۹۷۶)، تنظیم شناختی هیجان Garnefski & Kraaij (۲۰۰۶)، رفتارها و کارکردهای خود جرحی Klonowski & Galan (۲۰۰۹) بود. گروه های آزمایش پس از تکمیل پرسشنامه تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی در ۱۰ جلسه و درمان کوتاه مدت راه حل محور در ۶ جلسه به صورت گروهی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. محتوای جلسات درمانی تحت نظارت اساتیدی که برگزار کننده دوره های آموزشی مورد نظر بودند، تدوین شد و توسط پژوهشگر

آیزنگ است. آزمودنی برای پاسخ دادن به هر ماده باید یکی از ۳ گزینه "بلی"، "خیر" و "؟" را انتخاب کند. که گزینه علامت سؤال در پاسخ‌ها به معنای نمی دانم می‌باشد. البته در دستورالعمل پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود که تا حد امکان پاسخ "نمی دانم" را انتخاب نکند. در این پرسشنامه پایین ترین نمره ممکن صفر و بالاترین نمره ۳۰ است و هر چه نمره فرد بیشتر باشد عزت نفس بیشتری دارد (۱۸). روایی این پرسشنامه در پژوهش Hormozi Nezhad (۱۹)، برای دانشجویان دختر ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش کرده است. همچنین ضریب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با استفاده از روش تنصیف ۰/۸۷ گزارش شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) یک ابزار ۱۱ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگرسرزنشگری؛ تمرکز بر فکر / نشخوارگری؛ فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیزپنداری)؛ کم اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۶ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نایافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی؛ راهبردهای سازش یافته و زیرمقیاس‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر / نشخوارگری و فاجعه‌نمایی؛ راهبردهای سازش نایافته را تشکیل می‌دهد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله Kraaij & Garnefski (۲۰) در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین بر اساس نمونه

فارسی این پرسشنامه توسط Beshtarat & Bazaziyan (۲۱) از پایایی و روایی کافی برخوردار است.

مقیاس رفتارها و کارکردهای خود جرحی کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) که یک ابزار خود گزارشی است که فراوانی و عملکرد رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی NSSI را ارزیابی می‌کند. این سیاهه دو بخش دارد. بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خود جرحی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه به قصد خودکشی انجام می‌شوند شامل: کوبیدن/زدن، گاز گرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بریدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فروکردن سوزن در بدن و خوردن مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می‌کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگی‌های توصیفی رفتارهای آسیب رسان غیر خودکشی گرا مانند: تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خود آسیب رسانی را ارزیابی می‌کند. پایایی به روش باز آزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته ای $r = 0.85$ به دست آمد. همچنین همسانی درونی بین سؤال‌های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (۲۲). بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتارهای خود آسیب‌رسان غیر خودکشی گرا را ارزیابی می‌کند. این بخش ۱۳ عملکرد رفتارهای خود آسیب‌رسان را که در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تایید قرار گرفته اند ارزیابی می‌کند (۳). این ۱۳ عملکرد به دو زیر عامل کلی طبقه بندی شده اند: کارکرد های درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی) و کارکرد های بین فردی (استقلال، حریم های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی). گزینه‌ها به صورت لیکرت سه گزینه ای تدوین شده است که از ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تأحدی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه بندی شده است. بنابر این هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره گذاری می‌شوند. همچنین میانگین نمره مقیاس‌های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها بر تعداد آنها به دست می‌آید.

جراحی نرمال نیست. نمرات سایر گروه‌ها نرمال است. نمرات گروه‌ها در پیش آزمون و پس‌آزمون عزت‌نفس دارای توزیع نرمال است. نمرات گروه دیالکتیک در پس‌آزمون فاجعه‌نمایی و پذیرش و نمرات گروه راه حل محور در پس‌آزمون سرزنش خود و پذیرش نرمال نیست. سایر نمرات در گروه‌ها نرمال است. نمرات افراطی با روش فاصله کوک با ملاک ۰/۲ شناسایی و به طور موردی از تحلیل کنار گذاشته شدند. برای آزمون هدف پژوهش یعنی مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان کوتاه مدت راه حل محور به روش گروهی بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خود جراحی غیر خودکشی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید.

براساس اطلاعات جدول ۳، بین گروه‌ها از نظر عزت‌نفس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اندازه اثر ۰/۱۳۰ و در حد اندک است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از نظر بعد ارزیابی مجدد مثبت تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۲۱۵ و در حد متوسط است. نتایج مقایسه‌های بونفرونی در خرده‌مقیاس‌های تنظیم شناختی نشان می‌دهد که میانگین گروه دیالکتیک در بعد ارزیابی مجدد مثبت (۶/۶۵۹) به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین گروه کنترل (۳/۹۶۰) است. اما در سایر خرده‌مقیاس‌ها بین میانگین گروه دیالکتیک با گروه راه حل محور و گروه راه حل محور با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر، درمان دیالکتیک از این نظر که می‌تواند ارزیابی مجدد مثبت را بالا ببرد موثرتر از روش راه حل محور است. همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، بین گروه‌ها از نظر رفتار خود جراحی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۴۸۵ و در حد زیاد است. میانگین نمرات رفتار خود جراحی گروه دیالکتیک (۱/۲) در پس‌آزمون به طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات گروه راه حل محور (۳/۳۷) و گروه کنترل (۵/۶۳) است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان دیالکتیک مؤثرتر از درمان راه حل محور و هر دو درمان بهتر از عدم درمان است.

داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با خطای ۰/۰۵ تحلیل شدند. برای توصیف و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، و انحراف معیار و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. در پژوهش حاضر برای آزمودنی‌ها اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی بیان و از آنان رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در پژوهش گرفته شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۴۵ دانش‌آموز دختر دوره اول متوسطه دارای رفتار خودجراحی غیرخودکشی بودند که حداقل یکبار این رفتار را انجام داده بودند که ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها شامل تعداد فرزندان خانواده، ترتیب تولد، وضعیت تأهل والدین، وضعیت سرپرستی، شغل و تحصیلات پدر، شغل و تحصیلات مادر و وضعیت مالی خانواده در هر سه گروه مورد مطالعه در جدول ۱ گزارش شده است. به عنوان نمونه دختران اکثراً در گروه دیالکتیک (۵۳/۳ درصد)، در گروه راه حل محور (۵۳/۳ درصد) و در گروه کنترل (۶۰ درصد) فرزند اول هستند. والدین دختران اکثراً در گروه دیالکتیک (۶۶/۷ درصد)، در گروه راه حل محور (۶۶/۷ درصد) و در گروه کنترل (۶۶/۷ درصد) با هم زندگی می‌کنند. والدین دختران اکثراً در گروه دیالکتیک (۶۶/۷ درصد)، در گروه راه حل محور (۶۶/۷ درصد) و در گروه کنترل (۶۶/۷ درصد) با هم زندگی می‌کنند. شغل اکثر پدران در گروه دیالکتیک (۶۰ درصد)، در گروه راه حل محور (۸۰ درصد) و در گروه کنترل (۱۰۰ درصد) غیر دولتی است. وضعیت مالی اکثر خانواده‌ها در گروه دیالکتیک (۷۳/۳ درصد) خوب، در گروه راه حل محور (۵۳/۳ درصد) متوسط و در گروه کنترل متوسط (۴۶/۷ درصد) تا خوب (۴۶/۷ درصد) است. براساس اطلاعات جدول ۲ شاخص‌های توصیفی و مقادیر کولموگروف - اسمیرنوف و سطوح معنی‌داری آن همگی حاکی از آن است که توزیع داده‌های نمرات گروه راه حل محور در پس‌آزمون رفتار خود

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی - اجتماعی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر های فردی - اجتماعی		مداخله دیالکتیک		مداخله راه حل محور		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تعداد فرزندان خانواده	۱	۳	۲۰	۳	۱۳/۳	۳	۶/۷
	۲	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۷
	۳	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
	۴	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷	۱	۶/۷
	۵	۰	۰	۰	۰	۱	۶/۷
ترتیب تولد	اول	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳	۹	۶۰
	دوم	۷	۴۶/۷	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳
	آخر	۰	۰	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷
وضعیت تأهل والدین	باهم	۱۰	۶۶/۷	۱۰	۶۶/۷	۱۰	۶۶/۷
	جدا از هم	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳
وضعیت سرپرستی	پدر و مادر	۱۰	۶۶/۷	۱۰	۶۶/۷	۱۰	۶۶/۷
	پدر	۲	۱۳/۳	۰	۰	۲	۱۳/۳
	مادر	۲	۱۳/۳	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳
	هیچکدام	۱	۶/۷	۰	۰	۱	۶/۷
شغل پدر	بیکار	۱	۶/۷	۱	۶/۷	۰	۰
	دولتی	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳	۰	۰
	غیردولتی	۹	۶۰	۱۲	۸۰	۱۵	۱۰۰
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
	دیپلم و فوق دیپلم	۷	۴۶/۷	۶	۴۰	۸	۵۳/۳
	لیسانس	۱	۶/۷	۳	۲۰	۳	۲۰
	فوق لیسانس و بالاتر	۳	۲۰	۲	۱۳/۳	۰	۰
شغل مادر	خانه دار	۱۱	۷۳/۳	۱۱	۷۳/۳	۱۱	۷۳/۳
	دولتی	۰	۰	۰	۰	۱	۶/۷
	غیردولتی	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۳	۲۰
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۳	۲۰	۲	۱۳/۳	۳	۱۷/۸
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۱۰	۶۶/۷	۱۱	۷۳/۳
	لیسانس	۱	۶/۷	۳	۲۰	۱	۶/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۱	۶/۷	۰	۰	۰	۰
وضعیت مالی خانواده	ضعیف	۰	۰	۲	۱۳/۳	۰	۰
	متوسط	۴	۲۶/۷	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۷
	خوب	۱۱	۷۳/۳	۴	۲۶/۷	۷	۴۶/۷
	بسیار خوب	۰	۰	۱	۶/۷	۱	۶/۷

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه های مورد پژوهش

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
گروه آزمایشی دیالکتیک	۱۵	۷/۰۰	۲/۵۹۱	-۰/۴۲۶	-۰/۳۵۲	۰/۱۵	۰/۲
	۱۵	۲/۱۳	۲/۱۰۰	۰/۹۷۳	۰/۴۱۹	۰/۱۹۲	۰/۱۴۲
گروه آزمایشی راه حل محور	۱۵	۵/۷۳	۲/۰۱۷	-۰/۰۰۲	-۱/۲۳۵	۰/۱۵۳	۰/۲
	۱۵	۳/۳۳	۲/۲۵۷	۱/۴۵۵	۱/۷۴۴	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۱۵	۴/۶۷	۲/۸۹۵	۰/۸۷۳	۰/۸۸۵	۰/۱۸۹	۰/۱۵۴
	۱۵	۴/۹۳	۲/۴۳۴	۰/۱۹۲	-۰/۲۱۹	۰/۱۵۶	۰/۲
گروه آزمایشی دیالکتیک	۱۵	۳۷/۲۷	۷/۸۴۲	-۰/۳۶۰	-۰/۳۳۵	۰/۱۰۵	۰/۲
	۱۵	۳۳/۰۷	۹/۱۸۴	۰/۴۹۷	۰/۴۷۱	۰/۱۵	۰/۲
گروه آزمایشی راه حل محور	۱۵	۳۷/۰۰	۵/۵۸۱	-۰/۷۵۷	۰/۶۸۳	۰/۲۲۹	۰/۰۳۳
	۱۵	۳۶/۳۳	۴/۸۵۰	۰/۶۰۲	۱/۰۷۷	۰/۱۵۸	۰/۲
گروه کنترل	۱۵	۳۴/۳۳	۷/۵۷۵	-۰/۱۶۹	-۱/۳۸۷	۰/۱۷۸	۰/۲
	۱۵	۳۵/۷۳	۸/۱۱۹	-۰/۰۴۸	-۱/۱۱۶	۰/۱۶۳	۰/۲
گروه آزمایشی دیالکتیک	۱۵	۶/۰۰	۳/۰۲۴	۰/۳۰۴	-۱/۴۷۱	۰/۱۷۴	۰/۲
	۱۵	۶/۰۰	۲/۵۹۱	-۰/۳۴۱	-۰/۷۹۱	۰/۱۶۷	۰/۲
	۱۵	۷/۶۷	۲/۳۸۰	-۰/۶۷۹	-۰/۷۷۲	۰/۱۷۹	۰/۲
	۱۵	۳/۶۰	۲/۰۲۸	۱/۷۵۹	۲/۸۶۱	۰/۲۸۳	۰/۰۰۲
	۱۵	۶/۱۳	۲/۷۲۲	-۰/۴۳۱	-۱/۱۴۱	۰/۱۵۸	۰/۲
	۱۵	۵/۸۰	۲/۵۹۷	۰/۲۸۱	-۰/۸۴۰	۰/۱۵۶	۰/۲
	۱۵	۴/۸۷	۲/۴۷۵	۰/۷۳۱	-۰/۱۳۴	۰/۱۷	۰/۲
	۱۵	۶/۸۷	۳/۱۳۷	-۰/۲۴۳	-۱/۷۷۷	۰/۲۴	۰/۰۱۹
	۱۵	۶/۰۷	۳/۱۰۵	۰/۳۷۵	-۱/۷۱۲	۰/۲۸۱	۰/۰۰۲
	۱۵	۴/۸۷	۲/۷۲۲	۰/۷۷۴	-۰/۳۳۰	۰/۲۲۵	۰/۰۴
	۱۵	۶/۷۳	۲/۹۱۵	۰/۱۲۵	-۱/۸۶۷	۰/۲۶۹	۰/۰۰۵
	۱۵	۶/۸۰	۲/۷۳۱	-۰/۲۴۴	-۱/۲۴۰	۰/۱۴۶	۰/۲
	۱۵	۴/۸۷	۲/۲۶۴	۰/۶۵۹	۰/۴۷۴	۰/۱۷۵	۰/۲
	۱۵	۵/۴۷	۲/۳۵۶	۰/۷۱۰	۰/۱۱۱	۰/۱۴۴	۰/۲
	۱۵	۶/۰۷	۲/۹۶۳	۰/۰۲۰	-۱/۵۳۲	۰/۱۵۷	۰/۲
	۱۵	۵/۰۰	۲/۲۹۹	۰/۴۰۷	۰/۱۰۹	۰/۱۹۸	۰/۱۱۵
	۱۵	۵/۰۷	۲/۵۴۹	۰/۵۱۲	-۰/۶۰۹	۰/۱۵۷	۰/۲
	۱۵	۵/۸۰	۲/۹۰۸	۰/۱۲۸	-۱/۲۰۵	۰/۱۳۲	۰/۲

گروه آزمایشی راه حل محور	سرزنش خود- پیش آزمون	۱۵	۵/۰۰	۱/۶۴۸	۲/۲۱۲	۵/۷۴۷	۰/۳۲۸	۱
	پذیرش- پیش آزمون	۱۵	۵/۴۰	۲/۴۱۴	۰/۶۱۶	-۰/۴۵۳	۰/۲۰۲	۰/۱۰۱
	تمرکز بر فکر/نشخوارگری- پیش آزمون	۱۵	۷/۳۳	۱/۸۷۷	-۰/۳۳۵	-۰/۸۵۱	۰/۱۷۲	۰/۲
	تمرکز مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۵	۳/۸۷	۱/۱۲۵	-۰/۰۵۰	-۰/۲۳۲	۰/۲۱۴	۰/۰۶۳
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی- پیش آزمون	۱۵	۶/۵۳	۲/۳۲۶	۰/۳۴۴	-۱/۵۸۶	۰/۲۱۲	۰/۰۶۹
	ارزیابی مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۵	۶/۴۷	۲/۴۷۵	-۰/۱۳۴	-۰/۸۵۶	۰/۱۷۵	۰/۲
	کم اهمیت شماری- پیش آزمون	۱۵	۵/۲۰	۱/۹۷۱	۰/۰۶۷	-۰/۷۰۶	۰/۱۹۱	۰/۱۴۶
	فاجعه نمایی- پیش آزمون	۱۵	۶/۳۳	۱/۸۷۷	-۰/۲۶۰	۱/۷۳۳	۰/۲۹۶	۰/۰۰۱
	سرزنش دیگران- پیش آزمون	۱۵	۴/۴۰	۱/۵۹۵	۰/۵۷۶	۰/۶۱۸	۰/۲۶۶	۰/۰۰۵
	سرزنش خود- پس آزمون	۱۵	۴/۸۷	۲/۸۵۰	۰/۴۷۵	-۱/۳۸۳	۰/۲۱۹	۰/۰۵
	پذیرش- پس آزمون	۱۵	۶/۱۳	۲/۳۲۶	۰/۸۳۶	-۰/۷۹۶	۰/۲۲	۰/۰۴۸
	تمرکز بر فکر/نشخوارگری- پس آزمون	۱۵	۶/۸۷	۲/۲۹۵	۰/۰۲۴	-۱/۴۰۸	۰/۱۶۱	۰/۲
	تمرکز مجدد مثبت- پس آزمون	۱۵	۴/۷۳	۲/۲۵۱	۱/۱۶۴	۰/۶۳۷	۰/۲۹۴	۰/۰۰۱
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی- پس آزمون	۱۵	۶/۲۷	۲/۶۵۸	۰/۵۱۱	-۱/۴۸۶	۰/۲۱۶	۰/۰۵۷
	ارزیابی مجدد مثبت- پس آزمون	۱۵	۶/۵۳	۲/۲۶۴	۰/۰۷۸	-۱/۱۵۳	۰/۱۴۱	۰/۲
	کم اهمیت شماری- پس آزمون	۱۵	۵/۶۰	۲/۴۷۳	۰/۵۰۰	-۰/۶۰۶	۰/۲۰۸	۰/۰۸
	فاجعه نمایی- پس آزمون	۱۵	۶/۱۳	۱/۸۸۵	-۰/۵۹۵	-۱/۲۸۴	۰/۲۱۱	۰/۰۷۲
	سرزنش دیگران- پس آزمون	۱۵	۴/۲۷	۲/۰۸۶	۱/۴۹۷	۳/۱۴۵	۰/۲۸۴	۰/۰۰۲
	سرزنش خود- پیش آزمون	۱۵	۵/۲۷	۲/۹۸۷	۰/۳۸۹	-۱/۵۱۹	۰/۱۹۸	۰/۱۱۹
	پذیرش- پیش آزمون	۱۵	۵/۴۰	۵/۵۳۰	۰/۴۲۵	-۰/۷۳۲	۰/۱۴	۰/۲
گروه کنترل	تمرکز بر فکر/نشخوارگری- پیش آزمون	۱۵	۵/۷۳	۵/۳۱۴	۰/۶۵۴	-۰/۵۷۵	۰/۲۴	۰/۰۲
	تمرکز مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۵	۴/۸۰	۲/۲۴۲	۰/۷۲۶	-۰/۲۶۸	۰/۱۷۳	۰/۲
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی- پیش آزمون	۱۵	۵/۸۷	۲/۳۵۶	-۰/۰۴۳	-۱/۰۵۳	۰/۱۵۱	۰/۲
	ارزیابی مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۵	۴/۵۳	۲/۳۲۶	۱/۰۹۱	۰/۷۹۱	۰/۲۵۷	۰/۰۰۹
	کم اهمیت شماری- پیش آزمون	۱۵	۴/۹۳	۱/۹۴۴	۰/۶۴۶	-۰/۶۷۲	۰/۲۱۸	۰/۰۵۴
	فاجعه نمایی- پیش آزمون	۱۵	۶/۵۳	۳/۴۸۲	-۰/۳۲۰	-۱/۸۴۶	۰/۲۲۷	۰/۰۳۶
	سرزنش دیگران- پیش آزمون	۱۵	۵/۹۳	۲/۵۲۰	-۰/۱۳۰	-۰/۹۰۵	۰/۱۷۷	۰/۲
	سرزنش خود- پس آزمون	۱۵	۵/۳۳	۳/۰۸۶	۰/۳۲۸	-۱/۷۶۶	۰/۲۶۷	۰/۰۰۵
	پذیرش- پس آزمون	۱۵	۵/۲۰	۲/۲۸۴	۰/۸۳۳	-۰/۴۷۴	۰/۲۱۹	۰/۰۵۲
	تمرکز بر فکر/نشخوارگری- پس آزمون	۱۵	۶/۰۰	۲/۶۱۹	۰/۳۵۸	-۰/۹۹۳	۰/۱۷۷	۰/۲
	تمرکز مجدد مثبت- پس آزمون	۱۵	۴/۱۳	۱/۷۲۷	۰/۸۲۱	۰/۰۶۷	۰/۲۱۱	۰/۰۷۱
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی- پس آزمون	۱۵	۵/۳۳	۲/۶۳۷	۰/۵۵۳	-۰/۷۳۷	۰/۲۲۷	۰/۰۲۷
	ارزیابی مجدد مثبت- پس آزمون	۱۵	۴/۴۰	۱/۵۹۵	۰/۴۵۴	۰/۵۷۷	۰/۱۵۳	۰/۲
	کم اهمیت شماری- پس آزمون	۱۵	۵/۳۳	۱/۷۱۸	-۰/۶۹۷	-۰/۸۸۹	۰/۲۵۱	۰/۰۱۲
	فاجعه نمایی- پس آزمون	۱۵	۶/۶۷	۳/۲۶۶	-۰/۴۱۰	-۱/۵۴۴	۰/۱۸	۰/۲
	سرزنش دیگران- پس آزمون	۱۵	۵/۳۳	۲/۴۴۰	۰/۰۹۷	-۱/۳۶۷	۰/۱۶۴	۰/۲

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه گروه‌ها در عزت نفس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
عزت نفس- پیش آزمون	۹۷۱/۲۹۳	۱	۹۷۱/۲۳۹	۳۶,۴۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
گروه	۱۴۲/۶۱۴	۲	۷۱/۳۰۷	۲,۶۷۹	۰/۰۸۲	۰/۱۳۰
خطا	۹۵۸/۱۲۹	۳۶	۲۶/۶۱۵			
کل	۲۰۶۴/۷۷۵	۳۹				

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه گروه‌ها در تنظیم شناختی هیجان

منبع تغییرات	وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
گروه	تمرکز مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۷/۹۹۹	۲	۸/۹۹۹	۲/۰۶۶	۰/۱۴۶	۰/۱۲۹
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی- پیش آزمون	۵/۷۳۰	۲	۲/۸۶۵	۰/۴۳۴	۰/۶۵۲	۰/۰۳۰
	ارزیابی مجدد مثبت- پیش آزمون	۳۳/۸۵۸	۲	۱۶/۹۲۹	۳/۸۳۹	۰/۰۳۴	۰/۲۱۵
	سرزنش خود- پیش آزمون	۷/۸۸۹	۲	۳/۹۴۵	۰/۷۵۸	۰/۴۷۸	۰/۰۵۰
	پذیرش- پیش آزمون	۷/۰۴۸	۲	۳/۵۲۴	۱/۱۷۱	۰/۳۲۵	۰/۰۷۷
	تمرکز بر فکر/نشخوارگری- پیش آزمون	۰/۳۸۵	۲	۰/۱۹۲	۰/۰۴۳	۰/۹۵۸	۰/۰۰۳
	کم اهمیت شماری- پیش آزمون	۱/۶۰۶	۲	۰/۸۰۳	۰/۱۹۶	۰/۸۲۳	۰/۰۱۴
	فاجعه نمایی- پیش آزمون	۱۱/۲۴۰	۲	۵/۶۲۰	۱/۲۳۹	۰/۳۰۵	۰/۰۸۱
	سرزنش دیگران- پیش آزمون	۲/۹۶۸	۲	۱/۴۸۴	۰/۲۴۹	۰/۷۸۲	۰/۰۱۷
خطا	تمرکز مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۲۱/۹۷۲	۲۸	۴/۳۵۶			
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی- پیش آزمون	۱۸۴/۷۶۰	۲۸	۶/۵۹۹			
	ارزیابی مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۲۳/۴۶۰	۲۸	۴/۴۰۹			
	سرزنش خود- پیش آزمون	۱۴۵/۶۳۶	۲۸	۵/۲۰۱			
	پذیرش- پیش آزمون	۸۴/۲۲۸	۲۸	۳/۰۰۸			
	تمرکز بر فکر/نشخوارگری- پیش آزمون	۱۲۵/۶۳۲	۲۸	۴/۴۸۷			
	کم اهمیت شماری- پیش آزمون	۱۱۴/۹۷۰	۲۸	۴/۱۰۶			
	فاجعه نمایی- پیش آزمون	۱۲۶/۹۹۰	۲۸	۴/۵۳۵			
	سرزنش دیگران- پیش آزمون	۱۶۷/۱۵۵	۲۸	۵/۹۷۰			
کل	تمرکز مجدد مثبت- پیش آزمون	۱۸۲/۷۷۵	۳۹				
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی- پیش آزمون	۲۶۳/۵۰۰	۳۹				
	ارزیابی مجدد مثبت- پیش آزمون	۲۲۶/۴۰۰	۳۹				
	سرزنش خود- پیش آزمون	۲۹۱/۷۷۵	۳۹				
	پذیرش- پیش آزمون	۲۳۲/۷۷۵	۳۹				
	تمرکز بر فکر/نشخوارگری- پیش آزمون	۲۳۱/۶۰۰	۳۹				
	کم اهمیت شماری- پیش آزمون	۱۶۹/۵۰۰	۳۹				
	فاجعه نمایی- پیش آزمون	۲۸۱/۵۰۰	۳۹				
	سرزنش دیگران- پیش آزمون	۲۵۱/۹۰۰	۳۹				

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه گروه‌ها در رفتار خود جراحی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	مجزور اتا
رفتار خود جراحی- پیش آزمون	۹۵/۱۹۱	۱	۹۵/۱۹۱	۳۲/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
گروه	۱۰۰/۹۱۵	۲	۵۰/۴۵۷	۱۶/۹۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
خطا	۱۰۷/۰۰۶	۳۶	۲/۹۷۲			
کل	۲۴۱/۶۰۰	۳۹				

بحث و نتیجه گیری

رفتار خودجراحی غیرخودکشی مسئله‌ای جدی است که تأثیر نامطلوبی بر عزت نفس و تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارد. از طرفی بنیان بسیاری از رفتارهای تأثیر گذار بر سلامت و شیوه زندگی افراد در این سنین شکل می‌گیرد و عدم توجه به این مهم، می‌تواند ریشه پدیداری بسیاری از مشکلات در آینده آنان باشد. توجه به تأمین هزینه و اجرای برنامه های ارتقای سلامت در نوجوانان جزء مهمترین بخش برنامه های سلامت نسل حاضر می‌باشد؛ لذا انجام مداخلات در این زمینه مهم و ضروری است که به تبع آن در این پژوهش مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان کوتاه مدت راه حل محور به روش گروهی بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجراحی غیر خودکشی، در بین دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر پردیس انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان کوتاه مدت راه حل محور به روش گروهی بر عزت نفس، تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید نمی‌شود. با توجه به اینکه در پژوهش های قبلی دقیقاً اثربخشی این درمان‌ها بر عزت نفس دختران دارای سابقه خودجراحی مورد بررسی قرار نگرفته است امکان مقایسه نتیجه فوق با پژوهش های قبلی امکان پذیر نیست. البته در برخی پژوهش های قبلی از جمله Baratiyan (۱۳) اثربخشی این درمان بر عزت نفس مورد تایید قرار گرفته است اما روی نمونه دارای سابقه خودجراحی کار نشده است. در تبیین احتمالی عدم تایید اثربخشی درمان های به کار گرفته در این پژوهش بر عزت نفس افراد نمونه می‌توان عنوان نمود، با توجه به اینکه براساس یک اجماع نظری که در مورد سیر تحول عزت نفس در طول زندگی بدست آمده

است، به طور میانگین، عزت نفس در دوران کودکی نسبتاً بالاست یا زیاد است. در دوران نوجوانی دچار افت می‌شود (مخصوصاً در دختران)، به تدریج در بزرگسالی سر صعودی طی می‌کند و سپس با شیب تندی در کهنسالی یا سالمندی افت می‌کند (۲۳). بر همین اساس با توجه به اینکه در دوران نوجوانی عزت نفس سیر نزولی دارد و افزایش آن به راحتی و با آموزش چند جلسه درمانی امکان پذیر نیست، عدم اثربخشی این دو روش درمانی را بر عزت نفس نوجوانان دارای سابقه خودجراحی که خود می‌تواند ناشی از عزت نفس پایین این نوجوانان باشد، می‌توان تبیین نمود. یافته دیگر پژوهش نشان داد، بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان کوتاه مدت راه حل محور به روش گروهی بر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی داری وجود دارد. مقایسه های بونفرونی در خرده مقیاسهای تنظیم شناختی نشان می‌دهد که میانگین گروه دیالکتیک در بعد ارزیابی مجدد مثبت به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه کنترل است. بین میانگین گروه دیالکتیک با گروه راه حل محور و گروه راه حل محور با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد. فرضیه سوم پژوهش با این یافته تایید می‌شود. به عبارت دیگر، درمان دیالکتیک از این نظر که می‌تواند ارزیابی مجدد مثبت را بالا ببرد موثر تر از روش راه حل محور است. در راستای اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی، نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش های Babaei و همکاران (۲۴)، Schnell و همکاران (۲۵)، Nadimi و همکاران (۲۶)، هماهنگ است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و از سوی دیگر با نگاهی به پژوهش های پیشین و تأثیر روش های مداخله ای مورد استفاده در این پژوهش می‌توان اینگونه ادعان داشت

که در مورد اثربخشی مناسب درمان دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود جرحی، وجود پاره ای از ویژگی های متمایزکننده این درمان است: ۱. بازنگری دایمی در خطر رفتارهایی نظیر خودزنی در سرتاسر برنامه درمانی ۲. تمرکز آشکار بر اصلاح این رفتارها در اولین مرحله درمان ۳. تشویق آزمودنی ها برای مشاوره گرفتن از درمانگر از طریق تلفن به خصوص به هنگام برانگیخته شدن رفتار خودآسیب زنی. که وجود این ویژگی ها در درمان دیالکتیک به گروه آزمایش کمک نمود تا رفتارهای خود آسیب رسانی را مجدداً بازنگری نموده و در هنگام تنش به دنبال رفتارهای سازنده و نه مخرب برای کاهش این تنش ها باشند.

در راستای اثربخشی درمان راه حل محور، نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش های Salari FeyzAbad (۱۶)، Khojasteh Mehr و همکاران (۳۷) و Triantafillou (۳۸) همسویی دارد. در تبیین علت اثربخشی درمان راه حل محور می توان گفت که مشاوره راه حل مدار معتقد است افراد تحت درمان شایستگی ها و خلاقیت های لازم برای تغییر را در درون خود دارند. بر اساس دیدگاه راه حل محور تغییر و دگرگونی، امری اجتناب ناپذیر بوده و مخصوصاً تغییرات سازنده امکان پذیر است. لذا در این نوع درمان تمرکز به جای زمینه های سخت و غیرقابل تغییر بر روی مسایلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد. به همین علت است که درمان راه حل محور به مشاوره امیدواری شهرت پیدا کرده است. مشاوره راه حل مدار با شکستن چرخه راه حل های تکراری به کاربرده شده توسط دانش آموزان و تشویق آنها به پیدا کردن و امتحان راه های جدید به آنها کمک می کند تا دریابند مشکل همواره به یک شدت وجود ندارد و تلاش آنها برای ایجاد تغییرات کوچک در نهایت می تواند باعث ایجاد تغییرات بزرگتر شود. علاوه بر این پیدا کردن راه های جدید و یافتن اینکه توانایی دارند بر خود کارآمدی و امتحان شیوه های جدید تأثیر می گذارد و این چرخه خودکارآمدی باعث افزایش انعطاف پذیری و در نهایت توانایی مقابله با مشکلات می شود. علاوه بر این فنون مشاوره راه حل مدار بدلیل سهولت در درک و فهم برای دانش آموزان و روشهای بدیع و عملی و ایجاد انگیزه برای دانش آموزان

که روش رفتار درمانی دیالکتیک با برون ریزی هیجان های محصور شده و آموزش تعدیل هیجانی که منجر به تنظیم هیجان ها می شود. در تبیین این یافته می توان گفت با آموزش تکنیک های رفتاری که منتج به کاهش جذب به وسیله هیجانات منفی می شود و در نهایت میانگین نمرات افراد در تنظیم هیجان بالاتر رفته است. به دیگر سخن، افراد در حال تمرین های رفتاری دیالکتیکی، با هیجانات خود رو به رو می شوند (همانگونه که قبلاً مواجه می شدند)، با این تفاوت که بعد از آموزش های دیالکتیکی، ابزار لازم برای رویارویی را دارند. بدین مفهوم که تا قبل از این به محض مسئولی شدن هیجان ها نوجوانان دارای سابقه رفتار خودجرحی خود را غرق در احساسات و عواطف ضد و نقیض می افتند و برای جلوگیری از تشویش و به هم ریختگی با رفتارهای خودآسیب رسان که بعضاً منتهی به تشدید این هیجان ها می شدند سعی در کنترل هیجانی داشتند، ولی با یادگیری راهبردهای رفتاری به محض بروز هیجان خاصی ابزار لازم برای تنظیم آن را در اختیار دارند و می توانند با درک شرایط و به کارگیری رهنمودها از به هم ریختگی عاطفی رهایی یابند. علاوه بر این در خلال جلسات این افراد با الگوبرداری از دیگر شرکت کنندگان، با هیجانات خود بیشتر آشنا می شوند که داشتن این آگاهی می تواند در تنظیم هیجانات آنان بسیار مفید واقع گردد. (۲۷).

براساس نتیجه دیگر پژوهش، بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان کوتاه مدت راه حل محور به روش گروهی بر کاهش رفتار خود جرحی، تفاوت معنی داری مشاهده شد. میانگین نمرات رفتار خود جرحی گروه دیالکتیک در پس آزمون به طور معنی داری کمتر از میانگین نمرات گروه راه حل محور و گروه کنترل بود. لذا فرضیه اول پژوهش تایید شد و می توان نتیجه گرفت که درمان دیالکتیک موثرتر از درمان راه حل محور و هر دو درمان بهتر از عدم درمان است. نتیجه فرضیه فوق، با پژوهش های Neacsiu و همکاران (۲۸)، Kivi Ghomri و همکاران (۲۹)، Bohus و همکاران (۳۰)، Clarkin و همکاران (۳۱)، Melanie و همکاران (۳۲)، (۳۳)، Linehan Fleischhaker و همکاران (۳۴)، Mazaheri و همکاران (۳۵)، Safari و همکاران (۳۶) همسو می باشد. از جمله تبیین های احتمالی

در ابعاد مختلف می‌کوشد تا تغییر را امکان‌پذیر سازد. علاوه بر این ایجاد رابطه حسنه در طول مداخله، تشویق به گفتگو و بیان خواسته‌ها، وجود جوی مناسب، و تشویق آنها به ساخت راه‌حلهایی بجز رفتار در دسر آفرین، پرهیز از سرزنش، استفاده از شوخی و بذله‌گویی، فراهم نمودن مکانی امن برای بیان هدف‌ها و خواسته‌ها و نیازها، گذاشتن قوانینی ساده برای عدم تخلف از قوانین جلسات، خود باعث ایجاد فضایی دوستانه و همدلانه شد که می‌تواند در تبیین اثربخشی مثبت این درمان مؤثر باشد. تحقیقات بر دیدگاه مشاوره راه‌حل مدار کارایی و اثربخشی آن را در دامنه گسترده‌ای از مشکلات تأیید می‌کند. در این پژوهش مشخص شد که اعضای گروه می‌توانند با استفاده از تکنیکهای بکار گرفته شده در رویکرد راه‌حل مدار بر قابلیت‌ها و نقاط مثبت خود تمرکز کنند و با توجه به استثنائات، نگرشهای خود را درباره مسایل زندگی تغییر دهند و به نتایج مثبتی دست یابند. در واقع کمک به افراد برای یافتن آن خود قوی و نیرومند خود که در اثر مشکلات گم کرده‌اند و توجه به نقاط قوت خود و بیان آنها و کمک گرفتن از توانمندی‌های خود به جای تکیه بر منابع بیرونی و یافتن جواب‌سؤالات در درون خود و خود را به عنوان کارشناس دیدن در مشکلات زندگی خود و اظهار نظر در این مورد می‌تواند تبیین‌گر نتایج باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد، رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش کوتاه مدت راه‌حل محور بر کاهش رفتارهای خودجرحی و افزایش تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای سابقه خودجرحی، تأثیر دارد و رفتار درمانی دیالکتیک مؤثرتر از درمان راه‌حل محور و هر دو درمان بهتر از عدم درمان در کاهش رفتارهای خودجرحی و افزایش ارزیابی مجدد مثبت مؤثر بوده است. اما در مورد عزت نفس، تفاوت معنی‌داری بین رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش کوتاه‌مده راه‌حل محور مشاهده نشد. در نتیجه طراحی و تدوین برنامه‌هایی برای کاهش رفتارهای خودجرحی و بهبود ارزیابی مجدد مثبت براساس رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش کوتاه مدت راه‌حل محور از سوی مراکز خدمات مشاوره روان‌شناختی

می‌تواند اثربخش باشد. همچنین مسئولان و دست‌اندرکاران آموزش و پرورش می‌توانند برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی را در برنامه ریزی‌های بلندمدت خود به منظور کاهش فراوانی وقوع و کاهش کارکرد رفتارهای خود آسیب‌رسان در دانش‌آموزان دختر، مد نظر قرار دهند و در راستای پیشگیری از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل اقدام کرده و در بسیاری از هزینه‌های انسانی و مادی تحمیل شده به مراجع و نهاد‌های ذینفع صرفه‌جویی کنند؛ چرا که این دانش‌آموزان، والدین فردا هستند و توفیق در ارتقای سلامت آنها تضمین‌کننده سلامت نسل حاضر و آینده کشور است که پایداری برنامه‌های توسعه را به دنبال دارد. بنابراین لازم است جهت تحقق این اهداف به تمام مؤلفه‌های مؤثر بر سلامتی این گروه از نوجوانان پرداخت و آنها را در جهت اصلاح شیوه زندگی، کاهش عوارض روانی، ارتقای فرهنگ اجتماعی، توانمندسازی در جهت خوداتکائی و خودباوری، افزایش عزت نفس، خویشتن‌داری و سازش‌پذیری تجهیز نمود. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود و نبود مرحله پیگیری برای اطمینان از نتایج بلندمدت تأثیر و مقایسه رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان کوتاه مدت راه‌حل محور به شیوه گروهی بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیرخودکشی بود. استفاده از ابزارهای خود گزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها محدودیت دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از پیگیری برای بررسی ثبات یا بی‌ثبات بودن نتایج استفاده شود و برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های ساختار یافته یا نیمه ساختار یافته استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد سایر محققان، اثربخشی این دو درمان را نیز در بین پسران دارای سابقه خودجرحی نیز اجرا کنند و اثربخشی درمان‌های رفتاری - شناختی دیگر از جمله درمان پذیرش و تعهد را بر کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسانی مورد مطالعه قرار دهند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد تهران شمال است. نویسندگان

تضاد منافع

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مقاله از مسئولین مدارس دخترانه دوره متوسطه اول شهرستان پردیس و همه کسانی که جهت اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه ای را با پژوهشگران داشتند، تشکر و قدردانی می کنند.

References

- 1- Dalaki F. Psychology of child and adolescent development. Tehran: khorosh; 2010.
- 2- Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. Journal of nervous and mental disease. 1998; 186,259-278. <https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001> PMid:9612442
- 3- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clinical psychology Review. 2007; 27, 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002> PMid:17014942
- 4- Amirzadegan M. "Effectiveness of dialectical behavioral therapy on self-esteem and self-efficacy of obese women". Master's thesis, Islamic Azad University of Roudehen; 2013.
- 5- Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of general psychology. 1998 Sep; 2(3):271-99. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- 6- Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the society for research in child development. 1994 Feb; 59(2-3):25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x> PMid:7984164
- 7- Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. Development and psychopathology. 1995; 7(1):1-10. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006301> <https://doi.org/10.1017/S0954579400006933>
- 8- Narimani M, Abbasi M. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Training with Exercise Therapy Training on Psychological Well-being, Adaptability and Risky Behaviors of Students with Mental Disorders. Learning Disabilities, 2011; 2 (4), 154- 176
- 9- Dimeff LA, Koerner K. Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings, Guilford Press, New York City; 2007.
- 10- Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder New York: Guilford.
- 11- Becvar DS, Becvar R. Family therapy: A systemic integration (5th ed). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 2003.
- 12- Salari FeyzAbad H. The effect of counseling on problem-centered counseling on psychological decline and its syndrome among high school students in Andisheh city in the academic year of 85-86. Shahid Beheshti University, Faculty of Psychology and Educational Science; 2007.
- 13- Baratiyan A, Salimi A, Moghim F, Shakrami M, Davarniya R. Effect of short-term solution-based treatment on increasing self-esteem of female students. Journal of Nursing Research. 2015; 11 (4) 64-57. <https://doi.org/10.21859/ijnr-110407>
- 14- World Health Organization. Mental Health Atlas. Geneva, World Health Organization; 2005.
- 15- Nock, M. K. Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. Applied and Preventive Psychology, 2008; 27(2): 215-240.
- 16- Ross, Sh & Heath, N. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 2002; 31(1): 67-77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- 17- Paivastegar, M. The rate of deliberate self-harming in girls' students and relationship with loneliness & Attachment styles. Journal of Psychological Studies, 2013; 9(3): 29-52.
- 18- Biybangard E. The Relationship Between Self-esteem, Extension Motivation and Academic Achievement in Third-Year Students of High Schools in Tehran. Psychological Studies, Scientific-Research, 2005; 4(5):131-144.
- 19- Hormozi Nezhad M. Simple and multiple relationship between self-esteem, social anxiety and perfectionism with self-expression in students of Ahwaz Shahid Chamran University. Master's thesis, Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz; 2000.
- 20- Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and individual differences. 2006; 41(6), 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- 21- Beshtarat MR, Bazaziyan S. Psychometric Properties of the Think Tunnel Questionnaire in a Sample of Iranian Society. Journal of Nursing and Midwifery Faculty, 2013; 24(84), 61-70.
- 22- Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. Journal of consulting and clinical psychology, 2008; 76(1), 22. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.22> PMid:18229979
- 23- Trzesniewski KH, Robins RW. A cohort-sequential study of self-

- esteem from age 25 to 96. Poster presented at the Society for Personality and Social Psychology. Austin, Texas; 2004. <https://doi.org/10.1037/e633912013-233> PMID:26804578
24. Babaei L, Fakhri MK, Jadidi M, Salehi Omran MT. Effectiveness of dialectical behavioral therapy on emotional regulation and perceived social support in coronary artery bypass grafters. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 2013 ;17(11):27-21.
- 25- Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*. 2006; 41(10): 837-847. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.08.011> PMID:17064731
26. Nadimi M. The effectiveness of group dialectical behavioral therapy in increasing the tolerance of distress and improving the emotional regulation of substance abuse. *Etiadpajohi*, 2016; 9(36), 141-160.
- 27- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*, 2008; 67(5): 13-29. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- 28- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*. 2010; 48(9): 832-9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017> PMID:20579633 PMCid:PMC2914145
- 29- Ghomri Kivi H, Senobar L, Ahadi S. The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Self-Corruption and Swinging the Creation of Borderline Personality Disorder. *Personality Quarterly and Individual Differences*, 2013; 3(6), 93-111.
- 30- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C. Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Journal of Behaviour Research & Therapy*. 2004;42(5), 487-499. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00174-8)
- 31- Clarkin JF, Leavy KN, Kernberg OF, Lenzenweger MF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *Am Journal of Psychiatry*, 2007; 164, 922-928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922> PMID:17541052
- 32- Melanie S., Harned E, Korslund EB, Foa M, Linehan M. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 2012; (50), 381-386. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.011> PMID:22503959 PMCid:PMC3348973
- 33- Linehan MM, Bohus M, Lynch T. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In, Gross, James J. (ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. New York, US. Guilford Press 2007, 581-605.
- 34- Fleishhaker CH, Bohme R, Sixt B, Bruck CH, Schneider C, Schulz E. Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2011; 5:3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3> PMID:21276211 PMCid:PMC3037874
- 35- Mazaheri MA, Bardjali A, Ahadi H and Golshani F. Effectiveness of dialectical treatment behavior in the treatment of borderline personality disorder. *Psychological research*. 2010; (2), 25-1
- 36- Safari Nia M, Nikoghftar M, Damavandian A. The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Reducing Self-Damaging Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Rehabilitation Center. *Clinical Psychology Studies*. 2013; 15 (4), 158-141
- 37- Khojasteh Mehr R, Abbaspour Z, Rajabi Gh, Alipour S, Attari Y, Rahmani AH. Effectiveness of family-centered cognitive-behavioral therapies and decision-centered on suicidal thoughts, depressive symptoms, family affiliation and suicidal attempts Suicidal attempts. *Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 2013; 4(2):185-226.
- 38- Triantafillou N. A solution-focused approach to mental health supervision. *Journal of Systemic Therapies* 1997; 16(4): 305-328. <https://doi.org/10.1521/jsyt.1997.16.4.305>