



The Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy; Family and Child Skills Training (DBT-FST) on Impulsivity and Quality of Life in Females with Self-Harm Behaviors

Bahram Peymannia^{1,*}, Najmeh Hamid², Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³, Majid Mahmoudalilu⁴

¹ PhD Student, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran

² Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran

³ Full Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran

⁴ Full Professor, Department of Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

* **Corresponding author:** Bahram Peymannia, PhD Student, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran. E-mail: bpeymannia@yahoo.com

Received: 18 Sep 2017

Accepted: 22 Jan 2018

Abstract

Introduction: Self-harm in adolescents is defined as intentional self-injury or self-poisoning irrespective of motivation or intent. The present study aimed at evaluating the effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy-Family and child Skills Training (DBT-FST) on impulsivity and quality of life in 15- to 17-year-old females with self-harm behaviors of Ahvaz city.

Methods: This research had a quasi-experimental design. In this study, 30 children were selected by using the random multistage sampling method and were assigned to 2 experimental and control groups (n = 15). The experimental group received 16 intervention sessions for children (one session per week for 1 hour) and 8 sessions of intervention for mothers (one session per 2 week for 2 hours), and the control group was waiting to receive the intervention. The participants of both groups responded to Barratt Impulsivity Questionnaire (2002) and Quality of Life Index Cummins (2002).

Results: The findings of multivariate covariance showed that Dialectic Behavioral Therapy - Family and Child Skills Training (DBT-FST) significantly reduced symptoms of impulsivity ($P < 0.001$, $F = 21.83$) and improved quality of life ($P \leq 0.001$, $F = 46.58$) in children of the experimental group compared to the control group; these results were maintained for 2 months after the intervention.

Conclusions: Based on the findings, it could be suggested that Dialectic Behavioral Therapy-Family and Child Skills Training was effective in reducing impulsivity and improved quality of life in females with self-harm behaviors, so it is recommended to use this approach for students with self-harm behaviors.

Keywords: Family, Dialectic, Impulsivity, Self-Harm



اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی

بهرام پیمان نیا^{۱*}، نجمه حمید^۲، مهناز مهرابی زاده هنرمند^۳، مجید محمودعلیلو^۴

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز ایران

^۳ استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۴ استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول: بهرام پیمان نیا، دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز

ایران. ایمیل: Bpeymannia@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۷

≤

چکیده

مقدمه: خودجرحی یا خودزنی در نوجوانان به رفتارهای خود آسیب رسان عمدی اشاره دارد که فاقد هر گونه قصد یا نیت از پیش تعیین شده است. پژوهش حاضر جهت تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی، در دختران دارای رفتارهای خودجرحی در شهر اهواز انجام گردید.

روش کار: این مطالعه از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابتدا با استفاده از روش تصادفی چندمرحله‌ای ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر ۱۷-۱۵ ساله (مقطع متوسطه دوم) و والدین آن‌ها در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. دانش‌آموزان عضو گروه مداخله یک دوره مداخله ۱۶ جلسه‌ای و والدین آن‌ها ۸ جلسه دریافت کردند و به پرسشنامه‌های تکانشگری بارت (۲۰۰۲) و شاخص کیفیت زندگی کامینز (۲۰۰۲) پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که مداخله رفتار درمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند باعث کاهش علائم تکانشگری ($F = 21/83$ و $P \leq 0/001$) و افزایش کیفیت زندگی ($F = 46/58$ و $P \leq 0/001$) دختران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده است، و نتایج درمانی ۲ ماه پس از پایان دوره در گروه آزمایش حفظ شده است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر مبنای یافته‌های حاصل می‌توان گفت مداخله رفتار درمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند در کاهش تکانشگری و ارتقای کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی مؤثر بود، لذا پیشنهاد می‌شود این رویکرد برای دانش‌آموزان دارای رفتارهای خودجرحی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: خانواده، دیالکتیک، تکانشگری، خودجرحی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

۲۵ هزار نوجوان در انگلستان و ولز به دلیل خودجرحی به بیمارستانها منتقل می‌شوند (۲). اگرچه برخی پژوهشگران معتقد هستند که این برآوردها به دلیل ماهیت پنهان این رفتار و برخی محافظه کاری‌های اجتماعی از واقعیت به دور است و احتمالاً آمار واقعی خودجرحی به

خودجرحی یا خودزنی در نوجوانان به رفتارهای خود آسیب رسان عمدی اشاره دارد که فاقد هرگونه انگیزه یا قصد درونی از پیش تعیین شده است و هزینه‌های جانی و مالی بسیاری در حوزه سلامت برای جوامع بشری به همراه دارد (۱). بر اساس برخی پژوهش‌ها سالانه حدود

زندگی کنونی فرد همان‌گونه که هست، پذیرش فرد همان‌گونه که هست و پذیرش روابط کاری به همان شکلی که وجود دارد) و تغییر (به شکلی که برای ادامه درمان ضرورت دارد)، تأکید می‌کند (۲۳). رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده (DBT-FST: Dialectical Behavioral Therapy-Family Skills Training) نمونه‌ای از رفتاردرمانی دیالکتیک است که توسط Linehan و Miller & Ratuth (۲۴) به‌طور ویژه برای نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که دارای رفتارهای خودجرحی و خودکشی‌گرا بودند تهیه‌شده و به‌صورت موازی به آموزش نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها در گروه‌های جداگانه می‌پردازد. در این رویکرد علاوه بر کاربرد مهارت‌های بنیادی رفتاردرمانی دیالکتیک، به آموزش مهارت‌های متناسب با سن نوجوانان و ارائه مهارت‌های intersession مربی‌گری به والدین جهت اصلاح و بهبود محیط نازرنده ساز (environment invalidating) خانواده می‌پردازد. از این‌رو مهارت‌هایی در راستای آگاهی والدین از شیوه ارتباط با نوجوانان مانند غلبه بر تفکر، احساس و تعامل یک‌سویه و قطبی‌شده (polarized)، برای بهبود مجموعه‌ای از معضلات دیالکتیکی ویژه نوجوانان- خانواده به این پروتکل درمانی افزوده‌شده است. در پژوهشی Mehlum و همکاران (۲۰۱۶) اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را در نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بررسی کردند. نتایج این پژوهش کاهش معنی‌داری را در رفتار تکانشگری، خودجرحی و مدت بستری نوجوانان نشان داد (۲۵). در پژوهش دیگری Joaquim و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند این رویکرد بهبود قابل توجهی در زمان واکنش، بی‌توجهی و تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دنبال دارد. علاوه بر این دقایق بیشتری تمرین ذهن آگاهی به بهبود بیشتری در علایم عمومی روان‌پزشکی و نشانه‌های عاطفی و کاهش تکانشگری منجر می‌شود (۲۶). از سوی دیگر در پژوهشی مظاهری و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش برخی علائم بیماران مرزی مؤثر بوده ولی در کاهش تکانشگری بی‌تأثیر است (۲۷). با این اوصاف در بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای تکانشی، خودآسیب رسان و خودکشی‌گرا پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد این رویکرد در کاهش این رفتارها مؤثر است و این نتایج در مرحله مهارت آموزی و پیگیری همچنان پا بر جا است (۲۸-۳۰). از این‌رو با توجه نتایج متناقض برخی پژوهش‌ها در ارتباط با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری از یک سو و از سوی دیگر فقدان پژوهشی از این‌دست که به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی بپردازد، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی بود. بنابراین در راستای تحقق هدف مورد نظر این پرسش مطرح است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی مؤثر است؟

روش کار

پژوهش حاضر در چارچوب یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) انجام گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ در مقطع متوسطه دوم

مراتب بیشتر از این باشد (۳، ۴) مطالعات شیوع شناسی در انگلستان نشان می‌دهد که خودجرحی در طول زندگی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله حدود ۱۳ الی ۱۵/۵ درصد تخمین زده می‌شود (۵، ۶) علاوه بر این پژوهش‌های بین‌المللی حاکی از شیوع بالای خودجرحی در نوجوانان دارد (۷-۱۰) و اوج رفتارهای خود آسیب رسان در سنین ۱۷-۱۴ سالگی مشاهده می‌شود (۱۱). برای درک رفتارهای خودجرحی در نوجوانان ضروری است بدانیم چرا یک رفتار خاص، در یک زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می‌گیرد (۱۲) در همین راستا پژوهش‌ها نشان می‌دهد سطوح بالای تکانشگری به‌شدت با رفتارهای خودجرحی به‌صورت برنامه‌ریزی‌شده و برنامه‌ریزی نشده مرتبط است (۱۳، ۱۴). در واقع تکانشگری طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که به‌صورت رشدنیافته و با کمترین فکر در جهت دستیابی به یک پاداش یا لذت انجام می‌گیرد. ویژگی تکانشگری ناتوانی افراد برای مقاومت در برابر یک تکانه، سائق یا میل شدید به انجام رفتار خاصی است که برای فرد یا دیگران زیان‌بار است. افرادی که اقدام به خودجرحی دارند معمولاً پیش از انجام این رفتارها دچار تنش و انگیزه‌های فزاینده‌ای می‌شود و گاهی این برانگیختگی با انتظار آگاهانه برای دریافت لذت آمیخته است. هرچند انجام و تکمیل عمل مزبور سبب ارضاء و تسکین فوری می‌شود اما معمولاً بعد و بافاصله‌ای متغیر پس از انجام رفتار تکانشی آنها دچار ترکیبی از پشیمانی، احساس گناه، خودانتقادگری و وحشت می‌شوند. از این‌رو به نظر می‌رسد تکانشگری در بروز رفتارهای خودجرحی نقش داشته و نوجوانان از انواع خودجرحی عمدی به بدن خود (مثل بریدگی و سوزاندن) به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۱۵، ۱۶). علاوه بر این کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی است که نقش برجسته‌ای در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی افراد در جوامع و فرهنگ‌های مختلف ایفا می‌کند (۱۷). Ryff کیفیت زندگی را شامل ۶ مؤلفه پذیرش خود، هدف داشتن در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌داند (۱۸). از این‌رو برخی از صاحب‌نظران کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان را احساس ذهنی و قابل تغییر آنها در مورد سلامتی‌شان می‌دانند و معتقدند که این احساس انعکاسی از خواسته‌ها، امیدها، انتظارات آنها در ارتباط با وضعیت کنونی و آینده زندگی آنهاست (۱۹).

در همین راستا مداخله به‌نگام در رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان این امکان را فراهم می‌آورد تا قبل از اینکه الگوی رفتار غیر انطباقی در زندگی فرد بارز شده و در دوران بزرگسالی به یک الگوی مقاوم به درمان تبدیل شود، امکان به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی وجود داشته باشد (۲۰). به همین نحو انجمن روان‌پزشکی آمریکا بر پایه پژوهش‌های بسیاری سودمندی مداخله را در رفتارهای خود آسیب رسان برای نوجوانان فرامی‌خواند (۲۱). در حال حاضر روان‌درمانی پیشنهاد شده از سوی انجمن روان‌پزشکی آمریکا برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که اقدام به خودجرحی و رفتارهای خودکشی‌گرا می‌کنند، رفتاردرمانی دیالکتیک است. این رویکرد توسط Linehan با نگرشی کاملاً انسان‌مدار و دلسوزانه برای درمان بیماران (بزرگسال) مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به‌طور مکرر اقدام به خودجرحی و خودکشی می‌کنند، ابداع‌شده است (۲۲). این روش بر سه‌پایه، رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذن (Zen) استوار است. در این رویکرد بر اهمیت پذیرش (پذیرش موقعیت

لحاظ نظری مورد تأیید قرار گرفته‌اند، ارزیابی می‌کند. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم‌های بین فردی، تأثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی). نمرات به‌صورت لیکرت سه گزینه‌ای از ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تأخیری مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه‌بندی شده است. همچنین میانگین کلی رفتارهای خودآسیب رسان از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها (کارکرد درون فردی و کارکرد برون فردی) به دست می‌آید. سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (۳۲). همچنین در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی را نشان می‌دهد (برای بخش درون فردی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای بخش بین فردی آلفای ۰/۷۵). در ایران برای اولین بار در پژوهش صفاری نیا، نیکوگفتار و نهاوندیان (۱۳۹۳) پایایی این سیاهه ۰/۷۶ محاسبه گردیده است. همچنین در پژوهش مذکور روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه با نظر اساتید دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. علاوه بر این در پژوهش حاضر پایایی این سیاهه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد (۳۳).

مقیاس تکانشگری بارت

مقیاس تکانشگری بارت: این پرسشنامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی است. نسخه یازدهم این پرسشنامه توسط ارنست Barratt در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش چهارگزینه‌ای است، که سه عامل، تکانشگری شناختی (شامل گرفتن تصمیم‌های سریع)، تکانشگری حرکتی (شامل عمل کردن بدون فکر) و بی‌برنامگی (به‌صورت جهت‌یابی آبی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود) را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان‌دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی است و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است (۳۴). ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی به‌دست‌آمده در این بررسی ۰/۸۳ است (۳۵) که از یافته‌های گزارش شده توسط بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴ در نسخه انگلیسی حدود ۰/۸۱ و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی ۰/۷۹ بهتر بوده است (۳۶). همچنین بر اساس پژوهش اختیاری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور بین ۴۰ تا ۰/۸۳ برآورده شده است (۳۵).

شاخص کیفیت زندگی، نسخه دانش آموزان (Comprehensive quality of life questionnaire) (School Children)

این شاخص توسط کامینز اکرسلی، پالانت، میساجون و داورن (۲۰۰۲) برای دانش آموزان ۱۸-۱۲ ساله تهیه شده و شامل هفت گویه است که هر گویه رضایت‌مندی از یک حوزه از کیفیت زندگی را می‌سنجد. این گویه‌ها به ترتیب عبارت‌اند از: سلامتی، موفقیت‌ها، سازگاری با دیگران، ایمنی، پول و سایر تعلقات، فعالیت‌های اجتماعی و اتفاقاتی که ممکن است در آینده برای فرد روی دهند. این ابزار علاوه بر هفت سؤال اصلی دارای یک سؤال اضافی نیز است که کیفیت زندگی کلی را می‌سنجد. سؤالات به‌صورت لیکرتی از ۰ تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات

(کلاس دهم، یازدهم و دوازدهم) مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر بر اساس شیوه تصادفی چندمرحله‌ای در چهار مدرسه شهر اهواز انجام گرفت. بدین‌صورت که بر اساس استعلام از آموزش و پرورش شهر اهواز تعداد دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم برابر با ۶۲۲۹۸ نفر اعلام گردید. ابتدا به منظور به دست آوردن تعداد نمونه کافی از فرمول کوکران استفاده شد، که حجم نمونه را ۴۰۰ نفر برآورد گردید. اما با توجه فقدان پژوهشی در کشور در مورد نرخ شیوع رفتارهای خودجرحی نوجوانان و با توجه به آمار شیوع ۱۳ الی ۱۵/۵ درصدی رفتارهای خود آسیب رسان در نوجوانان (۵-۸) و احتمال افت آزمودنی، حجم نمونه ابتدایی ۶۰۰ نفر محاسبه شد. سپس چهار مدرسه دخترانه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. در گام بعدی از هر مدرسه شش کلاس (دو کلاس دهم، دو کلاس یازدهم و دو کلاس دوازدهم) و از هر کلاس تعداد ۲۵ دانش‌آموز به‌صورت تصادفی پرسشنامه رفتارهای خود آسیب رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) را تکمیل نمودند. در مرحله بعد ۳۰ نفر از نوجوانانی که بر اساس پرسشنامه مذکور بیشترین نمره را دریافت کردند و دارای سابقه رفتارهای خودجرحی (بر اساس گزارش معلمان و پرونده تربیتی) بودند، به‌عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در گروه مداخله (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است که جایگزینی تصادفی افراد در گروه‌ها و جایگزینی تصادفی درمان برای گروه نمونه رعایت شد. بنابراین نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ دانش‌آموز دختر با ملاک‌های ورود و خروج بود. ملاک‌های ورود و خروج عبارت بودند از: ۱- دریافت بالاترین نمره بر اساس پرسشنامه رفتارهای خود آسیب رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) ۲- سابقه رفتار خودجرحی (بر اساس گزارش معلمان و پرونده تربیتی)، سن حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۱۷ سال، ۳- در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان دارو مصرفی در طی مدت پژوهش، و ۴- پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش پس از امضاء رضایت‌نامه کتبی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل ۱- داشتن سایر بیماری‌های روانی یا جسمانی، ۲- سوءمصرف سیگار یا سایر مواد مخدر، ۳- وجود مخاطراتی برای بیمار مثل افکار جدی خودکشی که امکان عدم دریافت دارو یا ثابت نگه‌داشتن آن را ناممکن می‌سازد، ۴- عدم حضور بیش از دو جلسه شرکت‌کنندگان در مراحل درمان بود.

درنهایت در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون، و نمرات پیگیری و پیش‌آزمون دو گروه استفاده شده است. همچنین قبل از تحلیل داده‌ها به بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل بهنجار بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شرط همگنی ماتریس کوواریانس پرداخته شد (۳۱). ابزارهای پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه رفتار خود آسیب‌رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) و مقیاس تکانشگری بارت و شاخص کیفیت زندگی نسخه دانش آموزان بود. پرسشنامه خود گزارشی رفتارهای خودآسیب رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) یک ابزار خود گزارشی است که فراوانی و کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان به‌قصد غیر خودکشی (NSSI: Nonsuicidal Self-Injury) را ارزیابی می‌کند. بخش کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان این پرسشنامه دارای ۳۹ پرسش است که ۱۳ کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان را که در مطالعات تجربی و از

روند اجرای پژوهش

در اجرای پژوهش حاضر پژوهشگر پس از کسب مجوز از دانشگاه شهید چمران اهواز و ارائه آن به مسئولین آموزش و پرورش، مراحل را سپری نمود:

مراجعه به چهار مدرسه از نواحی چهارگانه شهر اهواز و تکمیل پرسشنامه رفتار خود آسیب‌رسان کلونسی و گلن (۲۰۰۹) توسط دانش آموزان

مصاحبه با دبیران و کسب اطلاعات در مورد پرونده تربیتی دانش‌آموزانی که سابقه رفتار خودجرحی داشته‌اند.

قراردادن افراد در فهرست درمان یا انتظار بر اساس شماره‌های تصادفی که از قبل تنظیم شده بود.

اعضای گروه مداخله و کنترل پیش از شروع جلسات درمانی مقیاس تکانشگری بارت و کیفیت زندگی را تکمیل نمودند.

به‌دست‌آمده در هریک از سؤالات اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل کیفیت زندگی برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای بین ۰ تا ۷۰ است. سرانجام این نمرات تراز شده تا نمره‌ای بین ۰ تا ۱۰۰ به دست آید و نمرات به‌دست‌آمده با داده‌های هنجاری مقایسه گردد (۳۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در پژوهش به ترتیب ضریب پایایی برای حوزه‌های کیفیت زندگی در مطالعات ملی تکرار شده به فاصله ۶ ماه در استرالیا بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ ذکر شده است (۳۸). در ایران بر اساس پژوهش نائینیان، گوهری، مطلبی و بلوچان (۲۰۱۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه کامل (۰/۸۱)، ضریب آلفای کرونباخ دومیه (۰/۶۹ و ۰/۶۲) و ضریب همبستگی مربوط به باز آزمایی آن (۰/۸۷) دارای پایایی مناسبی گزارش شده است. همچنین در پژوهش مذکور روایی همگرا و روایی سازه این پرسشنامه به ترتیب ۰/۳۵ و ۰/۵۳ محاسبه گردیده است (۳۹).

جدول ۱: محتوای ۱۶ جلسه درمان برای نوجوانان

جلسه	محتوی آموزشی
اول	آشنایی و معارفه اعضاء گروه با یکدیگر، یادگیری مفهوم هیجان و بدتنظیمی هیجان و تعیین موقعیت.
دوم	مهارت توجه آگاهی: تمرین مهارت چه چیزی؟ آشنایی با سه حالت ذهن منطقی، هیجانی و خردمند، تمرین تنفس ذهن آگاهانه و تمرین حباب‌ها برای افزایش مشارکت گروهی
سوم	مهارت تحمل پریشانی: تمرین مهارت سازگاری موسوم به (پذیرش) برای منحرف کردن توجه و مهارت خود تسکین دهی از طریق حواس پنجگانه در مواقع بحران
چهارم	مهارت تحمل پریشانی: تمرین مهارت بهبود شرایط موسوم به (ارتقا) و تحلیل کارکرد رفتار و جوانب مثبت و منفی تحمل و عدم تحمل بحران
پنجم	مهارت تحمل پریشانی: تمرین ذهن آگاهی همراه با تصویر سازی ذهنی، تحلیل زنجیره‌ای مسئله گشالی و آشنایی با تفاوت پذیرش شرایط بد با تأیید آن شرایط
ششم	مهارت ذهن آگاهی: مرور مهارت چه چیزی؟ و تمرین مهارت چگونه؟ بدون قضاوت، منعطف و پذیره بودن نسبت به یک چیز، تمرین دایره خنده و تمرین ریس و سرخ‌پوستان
هفتم	مهارت بین فردی: برقراری تعادل بین الویت‌ها و درخواست‌های ارتباطی، آشنایی با تفاوت‌های بین اثربخشی عینی (رسیدن به هدف‌تان)، اثربخشی روابط (هنر حفظ و بهبود کیفیت روابط) و اثربخشی احترام به خود (تقویت احساسات خوب در عین رعایت ارزش‌های فردی)، تمرین مهارت رابطه اثربخش موسوم به (بده به من)
هشتم	مهارت بین فردی: تمرین ذهن آگاهی شکلات، تمرین کارت‌های شاخص برای حل تعارضات بین فردی و تمرین مهارت اثربخشی عینی موسوم به (دیرمن)
نهم	مهارت بین فردی: تمرین ذهن آگاهی تمرکز بر کف دست‌ها، تمرین مهارت اثربخشی احترام به خود (منصف باش، عذرخواهی نکن، به ارزش‌هایت بچسب و راستگو باش) با استفاده از مهارت موسوم به (سریع)
دهم	مهارت ذهن آگاهی: تمرین راه رفتن همراه با ذهن آگاهی، مرور سه حالت ذهن و مهارت چه چیزی و چگونه؟
یازدهم	تنظیم هیجان: تمرین نگه‌داشتن مکعب‌های یخی به مدت ۳ دقیقه در کف دست، شناسایی و نام‌گذاری هیجانات، کارکرد هیجان، شناسایی موانع تغییر هیجانات و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجانات دردناک با استفاده از مهارت موسوم به (لطفاً آقا...)
دوازدهم	تنظیم هیجان: تمرین خواندن سناریو از سوی درمانگر و تشخیص هیجانات از سوی شرکت کنندگان (آگاهی از هیجانات، افکار، حس‌های بدنی)
سیزدهم	تنظیم هیجان: تمرین نگه‌داشتن مکعب‌های یخی به مدت ۳ دقیقه در کف دست، تغییر هیجانات با انجام اعمالی متضاد با عمل مرتبط با هیجانات کنونی
چهاردهم	تأکید بر رابطه والد-نوجوان: آشنایی با تفکر، احساس و رفتار قطبی در ارتباط با والدین و استفاده از تحلیل زنجیره‌ای مسئله گشالی در ارتباط با اعضای خانواده
پانزدهم	تأکید بر رابطه والد-نوجوان: مهارت اولویت‌ها و درخواست‌ها، تحلیل کارکردی رفتار، بررسی منافع کوتاه‌مدت و بلندمدت رفتار در ارتباط با اعضای خانواده
شانزدهم	جلسه پایانی: تمرین چرخش عروسک پشمی بین اعضای گروه همراه با ذهن آگاهی، بیشترین زمان جلسه به مهارت‌ها و تکمیل پرسشنامه تکانشگری و کیفیت زندگی اختصاص دارد

جدول ۲: محتوای ۸ جلسه برای مادران

جلسه	محتوی آموزشی
اول	آشنایی والدین با رفتار خودجراحی و افزایش درک اعضای خانواده از آسیب‌پذیری هیجانی نوجوانان و اهمیت مشارکت اعضای خانواده در فرآیند درمان
دوم	آشنایی والدین با سبک‌های ارتباطی نارزنده ساز در تعامل با فرزندان، کاهش منفی‌نگری، رفتارهای قضاوت‌مندانه و آشنایی با عوامل خانوادگی زمینه‌ساز بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان
سوم	تمرین مهارت‌هایی به والدین در ارتباط با شیوه‌های تفکر، احساس، قضاوت و تعامل تک‌قطبی (خوب یا بد) با فرزندان و نقش آن در روابط میان فردی والد-فرزند
چهارم	آشنایی با بدتنظیمی هیجانی در والدین و تمرین دسته اول مهارت‌ها برای دستیابی ذهن آگاهی به والدین. دسته اول اصطلاحاً مهارت‌های چه چیز؟ نامیده می‌شوند و عبارت‌اند از: کارهایی که فرد باید برای رسیدن به ذهن آگاهی انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن).
پنجم	دسته دوم مهارت به والدین برای دستیابی به ذهن آگاهی تمرین خواهد شد. دسته دوم، مهارت‌های چگونه؟ نامیده می‌شوند و عبارت‌اند از: نحوه انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیر قضاوتی، ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن).
ششم	برقراری تعادل بین الویت‌ها و درخواست‌های ارتباطی والدین با نوجوانان، آشنایی با تفاوت‌های بین اثربخشی عینی (رسیدن به هدف‌تان)، اثربخشی روابط (هنر حفظ و بهبود کیفیت روابط) و اثربخشی احترام به خود (تقویت احساسات خوب در عین رعایت ارزش‌های فردی)
هفتم	تحلیل زنجیره‌های مسئله‌گشالی، تحلیل کارکردی تعامل والد-نوجوان، بررسی منافع کوتاه‌مدت و بلندمدت رفتار والدین و آشنایی با تفاوت پذیرش شرایط بد با تأیید آن شرایط
هشتم	تمرین خواندن سناریو و تشخیص هیجانات والدین، مرور بایدها و نبایدها مؤثر در بازگشت شرایط بحرانی، ارزیابی کلی برنامه، رفع ابهامات و سؤالات والدین و همچنین امکان مشاوره تلفنی.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی تکانشگری و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و مداخله

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری		
پیش‌آزمون		
مداخله	۸۴/۴۶	۵/۱۹
کنترل	۸۶/۳۱	۴/۷۴
پس‌آزمون		
مداخله	۶۳/۲۳	۶/۵۴
کنترل	۸۴/۴۲	۵/۳۲
پیگیری		
مداخله	۶۳/۵۲	۵/۳۴
کنترل	۸۵/۲۶	۵/۰۳
کیفیت زندگی		
پیش‌آزمون		
مداخله	۳۰/۹۴	۴/۱۷
کنترل	۳۰/۶۸	۶/۰۸
پس‌آزمون		
مداخله	۴۱/۷۸	۵/۱۰
کنترل	۳۲/۱۳	۴/۲۸
پیگیری		
مداخله	۳۸/۱۹	۴/۸۵
کنترل	۳۱/۱۹	۵/۲۸

اجرای دومین مرحله ارزیابی گروه آزمایش و کنترل پس از اتمام جلسات مداخلات درمانی
 اجرای سومین مرحله ارزیابی گروه آزمایش و کنترل پس از دو ماه در مرحله پیگیری
 اجرای یک جلسه برای گروه کنترل و ارائه جزوات- مربوط به دوره آموزشی

اجرای جلسات بر اساس مداخله رفتار درمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده اثر راتوس و همکاران (۲۰۰۷) برای گروه درمان، در قالب ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی در دو گروه ۸ و ۷ نفری برای دانش آموزان و ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت هر دو هفته یک‌بار برای والدین در یک گروه ۱۵ نفری به روش ایفای نقش، سخنرانی و فیلم صورت گرفت (۴۰).

آزمایشی و گروه کنترل می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت تحلیل واریانس یک‌راهه روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در **جدول ۴** ارائه شده است.

نتایج مندرج در **جدول ۴** نشان می‌دهد که تحلیل واریانس یک‌راهه در متغیرهای تکانشگری ($F = 21/83$ و $P \leq 0/001$) و کیفیت زندگی ($F = 46/58$ و $P \leq 0/001$) معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس می‌توان بیان کرد که بین شرکت‌کنندگان گروه مداخله و گروه کنترل از نظر تکانشگری و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند توانسته است نمرات تکانشگری و کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل، نسبت به پیش از آغاز مداخلات کاهش دهد. در ادامه برای بررسی اثربخشی درمان در مرحله پیگیری، تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات پیگیری پیش‌آزمون انجام گرفت. با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ($0/67 = \lambda$) و لامبدای ویلکز، $18/02$ و $F = 0/001$ ، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان‌دهنده معنی‌داری ترکیب خطی متغیرها در گروه آزمایشی و گروه کنترل می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت تحلیل واریانس یک‌راهه روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در **جدول ۵** ارائه شده است.

نتایج مندرج در **جدول ۵** نشان می‌دهد که تحلیل واریانس یک‌راهه در متغیرهای تکانشگری ($F = 17/31$ و $P \leq 0/001$) و کیفیت زندگی ($F = 29/37$ و $P \leq 0/001$) معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس می‌توان بیان کرد که بین شرکت‌کنندگان گروه مداخله و گروه کنترل از نظر تکانشگری و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین می‌توان استنباط نمود که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر کاهش نشانه‌های تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی نوجوانان در مرحله پیگیری همچنان حفظ شده است.

رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده: این رویکرد شامل مؤلفه‌هایی از دو طبقه گسترده مداخله است که فواید آن‌ها برای نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و رفتارهای خودجراحی نشان داده شده است. اولین طبقه درمان شامل راهبردهای ارزنده سازی، مسئله‌گشایی، مهارت تحمل‌پریشانی و ذهن آگاهی در کنار راهبردهای دیالکتیک برای نوجوانان است و دومین طبقه آموزش رفتاری به والد برای فراهم آوردن محیطی ارزنده ساز و جلوگیری از روابط قطبی والد-نوجوان می‌باشد.

منظور از مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده در این پژوهش برنامه درمانی است که بر اساس راهنمای راتوس و همکاران (۲۰۰۷) محتوای جلسات درمانی به صورت خلاصه در جدول ۱ و ۲ ادامه ارائه شده است.

یافته‌ها

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های نوجوانان را در متغیرهای وابسته تکانشگری و کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. نگاهی به نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای تکانشگری و کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل، قبل از شروع کار آزمایشی بالینی به یکدیگر نزدیک بوده است، و پس‌از آن در گروه مداخله تغییر چشمگیری داشته است. از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی در این پژوهش استفاده شد: در مرحله اول جهت تحلیل توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. همچنین جهت مقایسه بین دو گروه آزمایش و گواه از شاخص‌های آمار استنباطی (آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت تعیین بهنجار بودن توزیع نمرات، آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها، همگنی ضرایب رگرسیون و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری) استفاده شده است. با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ($0/4 = \lambda$) و لامبدای ویلکز، $24/09$ و $F = 0/001$ ، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان‌دهنده معنی‌داری ترکیب خطی متغیرها در گروه

جدول ۴: تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون از پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکانشگری	۹۵۴/۸۲	۱	۹۵۴/۸۲	۲۱/۸۳	<0/001	۰/۳۶
کیفیت زندگی	۸۷۱/۶۴	۱	۸۷۱/۶۴	۴۶/۵۸	<0/001	۰/۴۴

جدول ۵: تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه نمره‌های پیگیری از پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکانشگری	۱۰۲۴/۶۲	۱	۱۰۲۴/۶۲	۱۷/۳۱	<0/001	۰/۳۸
کیفیت زندگی	۷۱۲/۷۶	۱	۷۱۲/۷۶	۲۹/۳۷	<0/001	۰/۳۹

بحث

تلاش‌های آن‌ها برای کنترل تجارب فراهم می‌آورد. از این رو به نظر می‌رسد پذیرش تجارب به‌جای تغییر دادن، تثبیت کردن یا اجتناب کردن از آن‌ها، خاموشی رفتار یا پاسخ تکانشی را فراهم می‌آورد (۴۲). از سوی دیگر والدین با شرکت در جلسات گروهی نقش برجسته‌ای در فراهم‌سازی محیط ارزنده ساز برای ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان ایفا می‌کنند. آن‌ها می‌آموزند با گوش دادن عاری از قضاوت به نیازهای بنیادی فرزندان‌شان توجه کنند (۴۳). وقتی والدین و کودکان در تعامل مستقیمی قرار دارند داشتن توجه کامل، یک بازنمایی درونی از والدین و عملکرد حمایت‌گرانه آن‌ها را در فرزند به وجود می‌آورد که زمینه ساز شکل‌گیری یک تصویر دلبستگی ایمن برای محافظت از آن‌ها در برابر خطر است (۴۴). به عبارتی والدینی که ذهن‌آگاه هستند هم به بافت مکالمه و هم به تن صدا، حالت چهره و زبان بدن فرزندشان حساس هستند و از این نشانه‌ها برای کشف موفق نیازهای هیجانی یا خواسته‌های فرزندان‌شان بهره می‌گیرند (۴۵). از این رو درک والدین از انتساب‌ها و صلاحیت‌های فرزند خود بر انتظارات، ارزش‌ها و درنهایت روابط والد-فرزند تأثیرگذار است. همچنین ذهن‌آگاهانه بر ظرفیت والدین در مورد آگاهی از هیجانات درونی خود و فرزند می‌افزاید. آن‌ها می‌آموزند که هیجانات قوی می‌توانند پردازش‌های خودکار ذهن را در جهت تداوم محیط نازنده ساز زندگی فعال سازند (۴۵). در مجموع آموزش مهارت‌های مسئله‌گشایی، ذهن‌آگاهی، تحمل‌پریشانی و راهبردهای دیالکتیک به والدین و فرزندان بستری برای ایجاد روابط پایدارتر و ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان محیا می‌سازد. اشاره بدین نکته ضروری به نظر می‌رسد که پژوهش حاضر حرکتی مختصر همراه با محدودیت‌های خاص خود بوده است، نمونه‌گیری فقط از دانش‌آموزان دختر و کوچک بودن نسبی حجم نمونه از جمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌روند. علاوه بر این پژوهش حاضر فقط با کمک مادران این نوجوانان انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از هر دو والد کمک گرفته شود. از آنجاکه پژوهشی بدین شکل برای نخستین بار در ایران انجام گرفته است، مسلماً یافته‌های تکمیلی و پژوهش‌های آتی می‌توانند نکات جدید و افق‌های نوینی را در این راه آشکار سازند تا تعمیم نتایج را به نمونه‌های ایرانی در حد قابل اطمینان تری میسر گرداند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش مذکور نشان داد انجام رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند در کاهش تکانشگری و ارتقای کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی مؤثر است. در نهایت با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود والدینی که فرزندان آن‌ها سابقه اقدام به رفتارهای تکانشی و خودجرحی دارند را با ویژگی‌های تحولی فرزندان آشنا نموده و به آن‌ها ذهن‌آگاهی و شیوه تعامل ارزنده ساز با نوجوانان آموزش داده شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری مصوب در دانشگاه شهیدچمران اهواز در تاریخ ۹۵/۱۰/۱۳ و با کد اخلاق ۲۷۶ می‌باشد. در پایان لازم می‌دانیم بدین گونه از تمامی مسئولین آموزش و پرورش، دبیران ارجمند، مادران

این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی انجام گردید. همانگونه یافته‌های پژوهش نشان داد استفاده از روش رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند باعث کاهش معنی‌دار تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده است. این نتایج با پژوهش‌های (۲۸-۳۰) همخوان و با پژوهش‌های مظاهری و همکاران (۲۶) ناهمخوان است. Kesten, Zhang, Shelton, و Trestman (۲۰۱۱) با اصلاح روش رفتاردرمانی دیالکتیکی به منظور استفاده برای کنترل رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه ۳۸ نوجوان پسر زندانی پرداختند و دریافتند که پرخاشگری بدنی و تکانشگری شرکت‌کنندگان کاهش یافته است (۲۸). همچنین Pereplechikova و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود رفتار درمانی دیالکتیکی را برای کودکان در معرض آسیب، اصلاح و به کار بردند و دریافتند که مهارت‌های مقابله‌ای‌سازش یافته در گروه نمونه افزایش یافته و عقاید خودکشی و رفتارهای تکانشی کودکان کاهش معناداری داشته است (۲۹). در ایران تاکنون مطالعه‌ای در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی صورت نگرفته است و پژوهش‌های پیشین در مورد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تکانشگری بیماران مرزی دارای رفتارهای خودکشی گرا صرفاً متمرکز بر شرکت بیماران در جلسات درمانی بوده است. بر این اساس با توجه به تأکید رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر شرکت توأم والدین و فرزندان در گروه‌های جداگانه مداخله درمانی، این ناهمخوانی قابل تبیین است. از سوی دیگر درتبیین این نتایج می‌توان گفت همان‌گونه که در پژوهش‌های پیشین ذکر گردید تکانشگری به انجام اعمالی سریع، بدون برنامه‌ریزی و آگاهی اشاره دارد که زندگی در یک محیط نازنده ساز مهمترین بستر را برای تداوم و پرورش رفتارهای تکانشی محیا می‌سازد. در چنین شرایطی کمترین تلاش از سوی نوجوانان برای پردازش آگاهانه اطلاعات رخ می‌دهد، در حالی که رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند با آموزش مهارت ذهن‌آگاهی به والدین و فرزندان نقش اساسی در بهبود پردازش آگاهانه اطلاعات و ارزنده سازی محیط زندگی نوجوانان ایفا می‌کند. به عبارت دیگر نوجوان دارای رفتار خودجرحی به واسطه رفتار گذشته خود معتقد است والدین از من متنفرند و دوست دارند هرچه سریعتر از دست من خلاص شوند. زمانی که درباره این موضوع نشخوار فکری می‌کند، دچار احساس شرم و رفتارهای تکانشی می‌شود (۴۰). در چنین شرایطی درمانگر با استفاده از آموزش مهارت ذهن‌آگاهی و مسئله‌گشایی به نوجوان کمک می‌کند تا نحوه توصیف افکار و پیامدهای رفتار را با هشیاری و ذهن‌آگاهی بیشتری مشاهده کند و توجه‌اش را معطوف به راهبردهای کارآمدتر نماید. راهبردهایی که هم باعث کاهش رفتارهای تکانشی و هم موجب بهتر شدن ارتباطش با والدین در محیط خانواده شود (۴۱). در نتیجه این مهارت برای والدین و فرزندان راه‌هایی را در جهت کاهش

تضاد منافع

در این مقاله هیچگونه تضاد منفعی برای نویسندگان وجود ندارد.

و نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر مراتب قدردانی و سپاسگزاری خود را اعلام نماییم.

References

- Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):326-8. DOI: [10.1192/bjp.bp.112.116111](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111) PMID: [23637107](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23637107/)
- Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc*. 2000;23(1):47-55. DOI: [10.1006/jado.1999.0290](https://doi.org/10.1006/jado.1999.0290) PMID: [10700371](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10700371/)
- Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, et al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(12):1212-9. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x) PMID: [22537181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22537181/)
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(6):667-77. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x) PMID: [18341543](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18341543/)
- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002;325(7374):1207-11. PMID: [12446536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12446536/)
- O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):68-72. DOI: [10.1192/bjp.bp.107.047704](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.047704) PMID: [19118330](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19118330/)
- O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *J Affect Disord*. 2014;159:46-52. DOI: [10.1016/j.jad.2014.02.015](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.015) PMID: [24679388](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24679388/)
- Morey Y, Mellon D, Dailami N, Verne J, Tapp A. Adolescent self-harm in the community: an update on prevalence using a self-report survey of adolescents aged 13-18 in England. *J Public Health (Oxf)*. 2017;39(1):58-64. DOI: [10.1093/pubmed/fdw010](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw010) PMID: [26892623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892623/)
- Gilletta M, Scholte RH, Engels RC, Ciairano S, Prinstein MJ. Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res*. 2012;197(1-2):66-72. DOI: [10.1016/j.psychres.2012.02.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.009) PMID: [22436348](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22436348/)
- Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:10. DOI: [10.1186/1753-2000-6-10](https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10) PMID: [22462815](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22462815/)
- Whitlock J. Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med*. 2010;7(5):e1000240. DOI: [10.1371/journal.pmed.1000240](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240) PMID: [20520850](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20520850/)
- Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(5):531-54. DOI: [10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0) PMID: [9740977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9740977/)
- Carli V, Jovanovic N, Podlesek A, Roy A, Rihmer Z, Maggi S, et al. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters - a study of 1265 male incarcerated individuals. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):116-22. DOI: [10.1016/j.jad.2010.02.119](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.119) PMID: [20207420](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20207420/)
- Rawlings J, Shevlin M, Corcoran R, Morris R, Taylor PJ. Out of the blue: Untangling the association between impulsivity and planning in self-harm. *J Affect Disord*. 2015;184:29-35. DOI: [10.1016/j.jad.2015.05.042](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.042) PMID: [26070044](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26070044/)
- Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(1):35-74. DOI: [10.1016/j.cpr.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001) PMID: [14992806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992806/)
- Gratz KL, Bardeen JR, Levy R, Dixon-Gordon KL, Tull MT. Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2015;65:29-35. DOI: [10.1016/j.brat.2014.12.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.005) PMID: [25557395](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25557395/)
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40. DOI: [10.1056/NEJM199603283341306](https://doi.org/10.1056/NEJM199603283341306) PMID: [8596551](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8596551/)
- Ryff CD, Singer B. The Contours of Positive Human Health. *Psychol Inq*. 2009;9(1):1-28. DOI: [10.1207/s15327965pli0901_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1)
- Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, et al. Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:134. DOI: [10.1186/1477-7525-10-134](https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134) PMID: [23158687](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23158687/)
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(6):969-81. DOI: [10.1016/j.cpr.2008.02.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004) PMID: [18358579](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18358579/)
- APA. Diagnostic and statistical manual of Mental Health Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Winsper C, Marwaha S, Lereya ST, Thompson A, Eyden J, Singh SP. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychol Med*.

- 2015;45(11):2237-51. DOI: [10.1017/S0033291715000318](https://doi.org/10.1017/S0033291715000318) PMID: 25800970
23. Swales M, Heard H. Dialectical behavior therapy. Rutledge: New York; 2009.
24. Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011;20(2):205-16. DOI: [10.1016/j.chc.2011.01.001](https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.001) PMID: 21440851
25. Mehlum L, Ramberg M, Tormoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55(4):295-300. DOI: [10.1016/j.jaac.2016.01.005](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005) PMID: 27015720
26. Soler J, Valdeperez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martin-Blanco A, et al. Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. Behav Res Ther. 2012;50(2):150-7. DOI: [10.1016/j.brat.2011.12.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.002) PMID: 22225697
27. Mazaheri M, Barajali A, Ahadi H, Golshani F. Effectiveness of dialectical behavioral therapy in the treatment of borderline personality disorder. Psychol Res. 2010;2(5):1-27.
28. Shelton D, Kesten K, Zhang W, Trestman R. Impact of a Dialectic Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2011;24(2):105-13. DOI: [10.1111/j.1744-6171.2011.00275.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00275.x) PMID: 21501287
29. Perepletchikova F, Axelrod SR, Kaufman J, Rounsaville BJ, Douglas-Palumberi H, Miller AL. Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non-Suicidal Self-Injurious Behaviours. Child Adolesc Ment Health. 2011;16(2):116-21. DOI: [10.1111/j.1475-3588.2010.00583.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00583.x) PMID: 21643467
30. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens T. Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: a controlled trial with 3-month follow-up data. Behav Res Ther. 2014;60:8-14. DOI: [10.1016/j.brat.2014.06.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.007) PMID: 25036538
31. Hooman N, Hallaji F, Mostafavi SH, Mohsenifar S, Otukesh H, Moradi-Lakeh M. Correlation between Lower Urinary Tract Scoring System, Behavior Check List, and Bladder Sonography in Children with Lower Urinary Tract Symptoms. Korean J Urol. 2011;52(3):210-5. DOI: [10.4111/kju.2011.52.3.210](https://doi.org/10.4111/kju.2011.52.3.210) PMID: 21461287
32. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess. 2009;31(3):215-9. DOI: [10.1007/s10862-008-9107-z](https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z) PMID: 29269992
33. Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. [The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre]. Clin Psychol Stud. 2014;4(15):141-58.
34. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry. 1997;41(10):1045-61. PMID: 9129785
35. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. [Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches]. Iranian J Psychiat Clin Psychol. 2008;14(3):247-57.
36. Fossati A, Barratt ES, Acquarini E, Di Ceglie A. Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 for a sample of Italian high school students. Percept Mot Skills. 2002;95(2):621-35. DOI: [10.2466/pms.2002.95.2.621](https://doi.org/10.2466/pms.2002.95.2.621) PMID: 12434861
37. Cummins A. Personal Wellbeing Index-Comprehensive quality of life questionnaire. New York: Guilford press; 2002.
38. Cummins R, Eckersley R, Pallant J, Misajon R. Australian Unity Wellbeing Index: Survey 10, Report 10. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, 2004.
39. Nainian M, Gohari Z, Motallebinejad S, Balouchan M. Basic evaluation of validity and reliability of personal welfare (life quality) index, student copy (pwi-sc). Clin Psychol Pers 2014;20(9):119-28.
40. Miller A, Rathus J, Linehan M. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York Guilford Publications; 2007.
41. Rathus J, Campbell B, Miller A, Smith H. Treatment Acceptability Study of Walking The Middle Path, a New DBT Skills Module for Adolescents and their Families. Am J Psychother. 2015;69(2):163-78. PMID: 26160621
42. Linehan M. DBT Skills Training Manual. New York: Guilford Press; 2015.
43. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychol Med. 2007;37(8):1183-92. DOI: [10.1017/S003329170700027X](https://doi.org/10.1017/S003329170700027X) PMID: 17349105
44. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? Behav Res Ther. 1995;33(1):25-39. PMID: 7872934
45. Bögels S, Restifo K. Mindful Parenting (A Guide for Mental Health Practitioners). New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer 2014.