

## اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان سربازان دارای سابقه خودزنی

احمد محمدی<sup>۱</sup>، پرویز دباغی<sup>۲</sup>، محسن احمدی طهور سلطانی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** در جوانان و نوجوانان رفتارهای خودآسیب رسان دیده می‌شود. هدف از انجام این پژوهش، تعیین میزان اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان سربازان دارای سابقه خودزنی در یک واحد نظامی بود.

**روش بررسی:** این مطالعه نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری بود. جهت نمونه‌گیری، از بین سربازان دارای سابقه خودآسیبی، تعداد ۲۰ نفر به عنوان نمونه آماری به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و پس از انجام بررسی‌های اولیه توسط پژوهشگر در خصوص دارا بودن معیارهای ورود به پژوهش، جهت شرکت در تحقیق انتخاب گردیدند. از پرسشنامه رفتارهای خودآسیبی گراتز جهت جمع‌آوری اطلاعات در پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. بعد از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش تحت درمان برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفت. این برنامه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه اجرا شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی به روش گروهی بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان سربازان دارای سابقه خودزنی در یک واحد نظامی با سطح معنی‌داری  $P=0/04$  مؤثر بود. همچنین رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب رسان سربازان دارای سابقه خودزنی مؤثر بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیک به روش گروهی بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان در سربازان دارای سابقه خودزنی مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** رفتار درمانی دیالکتیک، رفتارهای خودآسیب رسان، سربازان، نظامیان

## مقدمه

رفتار خود آسیب‌رسان<sup>۱</sup> عملی است عمدی، تکانه‌ای و غیرکننده که به شکل‌های مختلف باعث صدمه به بدن می‌شود که تفاوت آن با خودکشی این است که بدون قصد مرگ انجام می‌شود [۱، ۲]. این اصطلاح شامل رفتارهای خودزنی و بسیاری از اشکال غیرمستقیم آسیب به بدن است. رفتار خود آسیب‌رسان در جوانان و نوجوانان همه فرهنگ‌ها وجود دارد [۳]. مطالعات انجام شده در ژاپن نرخ شیوع رفتار خود آسیب‌رسان را بین ۱۰٪ تا ۲۰٪ نشان می‌دهد. همچنین شیوع این اختلال در بیماران روانپزشکی ۴/۳٪ تا ۱۷٪، دانشجویان ۱۴٪ تا ۳۵٪ و در جمعیت عمومی ۴٪ گزارش شده است. در اکثر نوجوانان، رفتار خود آسیب‌رسان بین سنین ۱۳ تا ۱۵ سالگی آغاز می‌شود [۲]. اگرچه شواهدی وجود دارند که در بخش قابل توجهی از جوانان زودتر شروع می‌شود، به‌عنوان مثال، در پژوهشی که توسط حسینی و همکاران (۱۳۸۶) روی سربازان مراجعه کننده بستری و سرپایی به بیمارستان با سابقه خود آسیبی انجام شد نشان داد که ۷٪ دارای اختلال افسردگی اساسی و ۱/۳٪ دارای افسردگی اساسی شدید بودند و بر این اساس بین هیجان منفی و خود آسیبی ارتباط معنادار وجود داشت. لذا بر اساس مطالعات صورت گرفته، میزان شیوع خود آسیبی در بین سربازان با نرخ ۸/۵٪ و ۴/۸٪ معین گردیده است [۳].

برای درک رفتارهای خود آسیب‌رسان باید بدانیم که چرا یک رفتار خاص، در یک زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می‌گیرد [۴]. در این راستا لویدریچاردسون و همکاران [۵] الگوی جامعی از چهار کارکرد رفتار خود آسیب‌رسان ارائه داده‌اند. در الگوی آنها، زمانی که یک فرد، مبتلا به رفتار خود آسیب‌رسان می‌شود باید تحت یک یا چند کارکرد از میان چهار کارکرد ذیل قرار بگیرد: (۱) تقویت منفی خودکار (به‌عنوان مثال برای کاهش تنش و یا یک حالت

عاطفی دیگر)؛ (۲) تقویت مثبت خودکار (به‌عنوان مثال برای ایجاد یک حالت مطلوب فیزیولوژیکی)؛ (۳) تقویت مثبت اجتماعی (به‌عنوان مثال برای جلب توجه دیگران)؛ و (۴) تقویت منفی اجتماعی (به‌عنوان مثال برای فرار از وظایف و یا خواسته‌های میان فردی).

اختلال شخصیت مرزی معمولاً در طول نوجوانی یا اوایل بلوغ آغاز می‌شود اما مطالعات نشان می‌دهند که علائم اولیه بیماری ممکن است در دوران کودکی هم رخ دهد. ظاهراً وقایع محیطی ممکن است علائم را آغاز کند. برای مثال، افراد با شخصیت مرزی ممکن است احساس عصبانیت و اضطراب زیادی از جدایی کوتاه مدت مانند تعطیلات، سفر کاری و با تغییرات ناگهانی برنامه‌های افرادی که به آنها احساس نزدیکی می‌کند داشته باشند. مطالعات نشان می‌دهد که افراد با این اختلال نسبت به افرادی که این اختلال را ندارند ممکن است عصبانیت را در یک چهره با هیجان طبیعی ببینند و واکنش تندتری به کلمات با معنای منفی دارند. رفتارهای خود آسیب‌رسان یا اقدام به خودکشی‌های ناموفق این افراد شاید سبب معلولیت جسمی آنها شود. بیکار شدن‌های مکرر، ترک تحصیل و جدایی یا طلاق در بین مبتلایان این اختلال فراوان به چشم می‌خورد. آزار جسمی یا جنسی، غفلت و بی‌توجهی، تعارض خصمانه، و از دست دادن زود هنگام والدین از جمله موارد شایع در سوابق دوران کودکی مبتلایان اختلال شخصیت مرزی به‌شمار می‌روند [۶].

از روش‌های درمانی موجود در زمینه رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیکی اشاره کرد [۷].

یکی از درمان‌های جدید اثر بخش در این حوزه، رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۲</sup> رویکردی شناختی- رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی<sup>۳</sup> ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که

2. Dialectic Behavior Therapy  
3. Borderline Personality Disorder

1. self-harm behavior

مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش است، درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادین<sup>۱</sup> و تحمل پریشانی<sup>۲</sup> به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی<sup>۳</sup> و کارآمدی بین فردی<sup>۴</sup> به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر [۸]. بنا بر نظر لینهان یکی از ایرادهای اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تزه‌های درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی‌کند زیرا در این رویکردها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان‌ها، شناخت‌ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می‌کند فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می‌سازد بلکه باعث می‌شود او خود را فردی نامعتبر بداند. نامعتبرسازی ادراک شده مشکلاتی را در جلسه درمان ایجاد می‌کند [۸]. لینهان مشکل درمانی فوق را با به‌کارگیری اصول آیین ذن به‌ویژه استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی<sup>۵</sup> حل می‌کند. آیین ذن مبتنی بر پذیرش محض واقعیت است. از سوی دیگر، پذیرش بدون قید و شرط و معتبرسازی بیش از اندازه رفتارهای مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد، از جمله آن که مراجع تلقی می‌کند مشکلات او جدی گرفته نشده است. بدون توجه به تغییر و حل مسئله، رفتارهای مداخله‌گر در درمان دوباره رخ خواهد داد. بنابراین، از نظر لینهان تلفیق دو شیوه با یکدیگر، برقراری تعادل میان ایجاد تغییر و پذیرش واقعیت، راهکاری مناسب به نظر می‌رسد [۸] برخی مطالعات اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش رفتارهای خودزنی<sup>۶</sup> و خودکشی<sup>۷</sup> نشان داده‌اند. برای مثال فلیس چاکر<sup>۸</sup> و همکاران [۹] در پژوهش خود به بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی رفتارهای خودکشی و خودزنی و علایم مرزی نوجوانان پرداختند. نتایج

1. Core Mindfulness
2. Distress Tolerance
3. Emotion Regulation
4. Interpersonal Effectiveness
5. Mindfulness
6. Self-mutilation
7. Suicide
8. Fleischhaker, Schnell

نشان داد که در طول درمان رفتارهای خودآسیب‌رسان آزمودنی‌ها به‌صورت معنی‌داری کاهش یافت. همچنین اشمل و هرپرتز<sup>۹</sup> [۱۰] در مطالعه خود زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار دادند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می‌کند.

در یک پژوهش که توسط زمانی و همکاران با هدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی بر رفتار تکانشی و خشم‌های انفجاری، جهت کاهش خشم و رفتارهای تکانشی صورت پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی در متغیرهای رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌طوری که مؤلفه‌های تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی در رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی مؤثر است.

باتوجه به نبود مطالعه‌ای در این زمینه در جامعه سربازان مطالعه حاضر با هدف اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان سربازان دارای سابقه خودزنی در یک واحد نظامی انجام شد. به نظر می‌رسد رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان جوانان بزهکار مؤثر باشد. نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند به‌منظور برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان جوانان و نوجوانان به‌کار گرفته شود. بدون شک در صورت تأیید نتایج و به‌کارگیری نتایج تحقیق در قالب کارگاه‌های آموزشی برای این جمعیت خاص، از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی این مشکل پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه‌های انسانی و مادی تحمیل شده به مراجع و نهادهای ذی‌نفع صرفه‌جویی خواهد شد.

9. Herpertz

## روش بررسی

از آنجا که هدف این تحقیق تعیین میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان سربازان دارای سابقه خودزنی بود، از طرح تحقیق نیمه آزمایشی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه مورد مطالعه این پژوهش را تعداد ۲۰ نفر از سربازان خودآسیب‌رسان ۱۸ تا ۲۷ سال، در یکی از پادگان‌های نظامی ارتش در منطقه پرندک در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. نحوه انتخاب گروه نمونه به این صورت بود که ابتدا فهرست کلیه سربازانی که سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان در پرونده روانشناختی (موجود در مرکز مشاوره پادگان) خود داشتند تهیه شد (در زمان بررسی این تعداد ۵۰ نفر گزارش شد). سپس از این تعداد ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در پایان به صورت تصادفی و بر اساس شماره زوج و یا فرد اختصاص یافته، ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر نیز در گروه کنترل جایگزین شدند. در پایان مداخله درمانی مجدداً بعد از ۲ ماه به منظور اثربخشی درمان فوق پیگیری صورت گرفت. در این مطالعه به منظور جایگزینی نمونه‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش از شیوه گمارش تصادفی استفاده شد و حجم نمونه برای هر گروه بر اساس نتایج حاصل از مطالعه اخوان و همکاران و با استفاده از فرمول کوهن تعیین شد. ملاک‌های ورود برای شرکت در این مطالعه نیز شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیصی خودآسیبی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (DSM-IV)، دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل، دامنه سنی بین ۳۰-۱۷ سال، عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با پژوهش، داشتن پنج بار سابقه اقدام به خودزنی، نداشتن اختلالات سایکوتیک که مانع شرکت در درمان شود که توسط مصاحبه تشخیصی مورد بررسی قرار گرفت، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم سوء مصرف مواد، الکل و داروهای روانپزشکی بود. ملاک‌های خروج به این پژوهش نیز عبارت بودند از: افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، بیمارانی که در حین انتخاب تحت روان‌درمانی بوده‌اند، در صورت بروز اختلالات روانی در حین اجرای تحقیق، بیمارانی مبتلا به اختلال

شخصیت مرزی از طریق مصاحبه ساختارمند بر اساس DSM-V، بیمارانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی، عدم تمایل به ادامه کار یا عدم رضایت آگاهانه، عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه.

از پرسشنامه رفتارهای خودآسیبی گراتز<sup>۱</sup> (GISB) برای اندازه‌گیری رفتارهای خودآسیبی عمدی در نمونه مورد مطالعه استفاده شد [۱۱]. این پرسشنامه مقیاس خود گزارشی است، و به منظور اندازه‌گیری انواع رفتارهای خودآسیبی در جامعه غیر بیمار طراحی شده است این پرسشنامه در میان محققان بیش‌ترین توجه و پژوهش را به خود جلب کرده است. آزمون شامل ۱۹ عبارت توصیفی درباره انواع رفتارهای خودآسیبی عمدی شایع (به سر و صورت زدن، خراشیدن و سوراخ کردن پوست، سوزاندن، حکاکی نوشته‌ها و عکس‌ها بر روی پوست و ...) است. هر عبارت با بلی یا خیر جواب داده می‌شود و درباره زمان شروع اولین اقدام، آخرین اقدام، زمان (شرایط تسهیل کننده) و مدت این رفتار در یک سال گذشته پرسیده می‌شود. گراتز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰.۸۲٪ و ضریب پایایی آن را بعد از دو هفته (آزمون و بازآزمون) ۰.۶۸٪ محاسبه کرده است [۱۱].

به منظور تحلیل آماری از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، واریانس) و استنباطی برای آزمون فرضیه‌ها (تحلیل واریانس چند متغیره در اندازه‌گیری‌های مکرر) استفاده شد. تحلیل داده‌های با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت.

بعد از انتساب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه آزمایش و شاهد، از هر دو گروه توسط پژوهشگر پیش‌آزمون به عمل آمد. پیش‌آزمون شامل پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان گراتز بود. بعد از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش تحت درمان با برنامه مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفت. این برنامه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه اجرا

1. Gratis Intentional self-injury Behavior Questionnaire

جدول ۱- پروتکل مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی

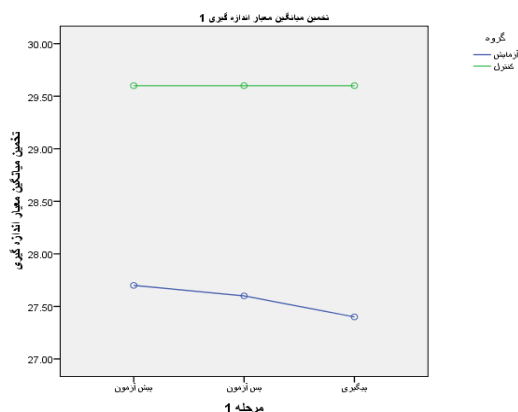
| جلسه   | محتوی   |
|--|---|
| اول  | آشنایی اولیه و معرفی متقابل افراد به یکدیگر، معرفی رفتار درمانی دیالکتیکی و اهداف آن  |
| دوم  | آموزش تصمیم‌گیری براساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برجسبها  |
| سوم  | آموزش پذیرش بنیادین، توجه برگردانی از رفتارهای خودجرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیتهای لذتبخش  |
| چهارم  | آموزش توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر   |
| پنجم   | آموزش توجه برگردانی از طریق ترک موقیبت، توجه برگردانی از طریق تکالیف و کارهای روزمره و همچنین آموزش توجه برگردانی از طریق شمارش و خودآرامش بخشی |
| ششم  | آموزش تصویرسازی از مکان امن و کشف ارزشها و همچنین آموزش شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر و تعیین وقت استراحت برای خود               |
| هفتم   | آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه  |
| آموزش پذیرش بنیادین، خودگویی‌های تأییدگرایانه و راهبردهای مقابله‌ای جدید |   |
| هشتم   | آموزش قضاوت نکردن و تجارب روزمره و ارتباط آگاهانه با دیگران   |
| نهم  | آموزش انجام کار مؤثر، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، برنامه روزانه و توجه آگاهی آموزش شناخت هیجان و چسبتهای هیجان                                |
| دهم  | آموزش غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، هیجان‌ها و تبدیل شدن به رفتار   |
| آموزش کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز                  |   |
| یازدهم   | آموزش مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن  |
| آموزش رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی               |   |
| دوازدهم  | جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل  |

شد (جدول ۱).

کلیه اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها و پاسخ‌های مربوطه در پرسشنامه‌ها، کاملاً محرمانه باقی می‌ماند و از اطلاعات به‌دست آمده فقط در تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های پژوهش حاضر استفاده گردید. اجرای پژوهش با رضایت آگاهانه صورت گرفت و از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. محقق با رعایت بی‌طرفی علمی و عدم سوگیری قبلی، صرفاً به مطالعه و پژوهش مبادرت نمود. اجرای آموزش رفتاردرمانی برای گروه کنترل، بعد از اتمام پژوهش انجام شد.

## یافته‌ها

از نمونه حاضر تعداد ۹ نفر دارای مدرک دیپلم و ۱۱ نفر سیکل و ۱۸ نفر (۹۰٪) مجرد بودند. بریدن عضو (آسیب به پوست) بیشترین فراوانی و درصد (۱۷ نفر؛ ۸۵٪) رفتار خودآسیب‌رسان را در نمونه مورد مطالعه داشت. زدن خود (۱۲ نفر؛ ۶۰٪) و فروکردن سوزن در بدن (۱۲ نفر؛ ۶۰٪) و خوردن مواد خطرناک (۱۰ نفر؛ ۵۰٪) در رتبه‌های بعدی از بیشترین میزان وقوع برخوردار بودند. میانگین سن شروع رفتارهای خودآسیب‌رسان در نمونه مورد مطالعه ۲۱ سال بود. پایین‌ترین



نمودار ۱- مقایسه میانگین مقیاس خودزنی در سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه مورد مطالعه

سن شروع ۱۴ سال و بالاترین سن شروع ۱۶ سال بود.

درنمودار خطی ۱، ملاحظه می‌شود که میانگین خودزنی گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون در مقایسه با پیش از آزمون کاهش یافته است. در حالی که این تغییرات در گروه کنترل قابل مشاهده نیست.

در جدول ۲، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقیاس خودزنی، در سه بار اجرای پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری در گروه‌ها آورده شده است.

براساس نتایج جدول ۲، در منابع تغییر درون گروهی در متغیر خودزنی، اثر اصلی مرحله معنی‌دار است. به عبارتی، حداقل بین میانگین دو بار اجراها تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $F=8/97$ ،  $p=0/04$ ) و همچنین اثر تعاملی مرحله با گروه در متغیر خودزنی نیز معنی‌دار است. یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری، بین میانگین گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در مراحل اندازه‌گیری متغیر تکانشگری شناختی، حداقل بین دو سطح از سطوح متغیر گروه‌بندی بین گروهی، تفاوت معنی‌دار

جدول ۲- نتایج آنالیز واریانس آمیخته مقیاس خودزنی برای اثرهای درون گروهی و بین گروهی مرحله با گروه

| منابع تغییر      | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F    | مقدار p | مجذورات آتای فیکیکی |
|------------------|----------|---------------|------------|-----------------|------|---------|---------------------|
| درون گروهی مرحله |          | ۰/۲۲۵         | ۱          | ۰/۲۲۵           | ۸/۹۷ | ۰/۰۴*   | ۰/۰۹۹               |
| مرحله با گروه    |          | ۰/۲۲۵         | ۱          | ۰/۲۲۵           | ۸/۹۷ | ۰/۰۴*   | ۰/۰۹۹               |
| خطا              |          | ۲/۰۵          | ۱۸         | ۰/۱۱۴           |      |         |                     |
| بین گروهی گروه   |          | ۶۲/۰۱         | ۱          | ۶۲/۰۱           | ۲/۸۱ | ۰/۱۱۱   | ۰/۱۲۵               |
| خطا              |          | ۳۹۷/۲۳        | ۱۸         | ۲۲/۰۶           |      |         |                     |

\* $p < 0/05$

وجود ندارد. ( $p=0/111$ ,  $F=2/81$ )

جدول ۳- مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

| منابع تغییر   | منبع اثر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F    | مقدار p | مجزورات آبی فکی |
|---------------|----------|---------------|------------|-----------------|------|---------|-----------------|
| آزمایش خودزنی | مرحله    | ۰/۴۶۷         | ۲          | ۰/۲۳۳           | ۱/۴۶ | ۰/۰۳    | ۰/۱۴۰           |
|               | خطا      | ۲/۸۶          | ۱۸         | ۰/۱۵۹           |      |         |                 |
| کنترل خودزنی  | مرحله    | ۰/۹۰          | ۲          | ۰/۱۳۳           | ۰/۸۰ | ۰/۲۵    | ۰/۱۲۰           |
|               | خطا      | ۲/۶۵          | ۱۸         | ۰/۱۸۰           |      |         |                 |

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر خودزنی، حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش خودزنی تفاوت معنادار وجود دارد ( $F=1/46$ ,  $p=0/03$ ). برای بررسی بیشتر نتایج و مقایسه‌های زوجی پیش آزمون، پس آزمون و جلسه پیگیری، از مقایسه‌های زوجی با تصحیح بنفرونی (جدول ۴) استفاده شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه نمرات خودزنی بر حسب گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیر  | گروه        | مرحله     | پیش آزمون | پیگیری |
|--------|-------------|-----------|-----------|--------|
| خودزنی | گروه آزمایش | پیش آزمون | ۰/۱۰*     | ۰/۳۰*  |
|        |             | پس آزمون  | -         | ۰/۲۰   |
| کنترل  | گروه کنترل  | پیش آزمون | ۰/۵       | ۰/۱۰   |
|        |             | پس آزمون  | -         | ۰/۰    |

بررسی نتایج آزمون تعقیبی در جدول ۴، نشان می‌دهد که در گروه آزمایشی بین نمرات خودزنی در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین مرحله پیش آزمون با جلسه پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در گروه کنترل، خودزنی در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین مرحله پیش آزمون با جلسه پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در سربازان دارای سابقه خودزنی بود. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی به روش گروهی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در سربازان دارای سابقه خودزنی مؤثر است. با توجه به اینکه در واحدهای نظامی روش آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی به‌منظور کاهش رفتارهای

خودآسیبی در بین سربازان، به کاربرده نشده است، یا اینکه به‌صورت خیلی جزئی به آن پرداخته شده است و اینکه این تحقیق به‌عنوان اولین تحقیقی است که به‌طور کامل در این زمینه به‌صورت تخصصی بررسی دقیقی به‌عمل آورده است، لذا به علت محدودیت مطالعات نظامی در این زمینه، مقایسه یافته‌های این تحقیق با مطالعات نظامی دیگر میسر نیست.

بنابراین به ناچار با یافته‌های مطالعات خارج از حیطه نظامی مقایسه می‌گردد. این یافته با نتایج تحقیق فلیس چاکر و همکاران همسو است [۱۲]. آنها نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودکشی و خودآسیب‌رسان و علائم مرزی نوجوانان مؤثر است. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق پری پلتچیکو<sup>۱</sup> و همکاران همسو است. همچنین نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق مظاهری، برجلی، احدی و گلشنی

همسو است [۱۳]. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج بررسی‌های لینهان و همکاران نیز همسو است [۱۴]. از جمله تبیین‌های احتمالی که می‌توان برای این یافته در نظر گرفت، این است که افرادی که دارای سابقه خودآسیبی هستند و همچنین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حساس و شکننده هستند، آسیب‌پذیری و شکنندگی این افراد را به «یک لنگه پا ایستادن بر نوک کوه تشبه کردند» مقصود از چنین استعاره‌ای این است، سراسیمگی‌ها، تکانشوری‌ها، نوسان‌های خلقی و واکنش‌های رفتاری تند و تیز این افراد، از سر لجاجت، خودخواهی، کنترل و بازی دادن اطرافیان نیست، بلکه همه اینها تلاش‌هایی لجام گسیخته از سوی انسانی است که از ترس تنهایی و رها شدگی، هراسان، بیم‌لغزیدن و فرو افتادند می‌رود و تمام سعی خود را می‌کند تا تعادلش را بر نوک قله حفظ کند.

در خصوص تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان، نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی

1. Perepletchikova

دیالکتیک به روش گروهی بر کاهش کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان سربازان دارای سابقه خودزنی مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج تحقیق پری پلتچیکو<sup>۱</sup> و همکاران همسو است [۱۴]. ایشان در پژوهش خود رفتار درمانی دیالکتیکی را برای کودکان در معرض آسیب، اصلاح و به کار بردند و دریافتند که این برنامه کاهش معنی‌داری در عقاید خودکشی (که از کارکردهای درون فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان است) کودکان مورد مطالعه ایجاد کرده است. همچنین نتایج این تحقیق از جهت تأثیر برنامه رفتار درمانی دیالکتیک بر کارکرد درون فردی (تنظیم هیجانی) رفتارهای خودآسیب‌رسان با نتایج تحقیق اشنل و هرپرتز همسو است [۱۰]. ایشان در مطالعه خود زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتار درمانی دیالکتیکی قرار دادند و نتایج قبل و بعد از درمان را از طریق FMRI<sup>۲</sup> بررسی کردند و دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می‌کند و در واقع به تنظیم هیجان در آزمودنی‌ها کمک می‌کند. همچنین در این راستا نتایج این پژوهش با یافته‌های اکسلرود، پریپلتچیکو، هالتزمن و سینها<sup>۳</sup> همسو است [۱۴]. ایشان در پژوهش خود نشان دادند در نتیجه اجرای برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی، بهبود معناداری در تنظیم هیجانی و خلق و کاهش فراوانی سوءمصرف مواد آزمودنی‌ها رخ داده است.

همچنین در خصوص تأثیر برنامه رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش کارکرد بین فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان و بر اساس نظریه کارکردی رفتار خودآسیب‌رسان لوید ریچاردسون و همکاران [۱۵] در صورتی که رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه را به‌عنوان کارکردهای بین فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان در نظر بگیریم، نتایج این تحقیق با یافته‌های تحقیق شلتون<sup>۴</sup> و

ترستمن<sup>۵</sup>، زانگ<sup>۶</sup>، کستن<sup>۷</sup> همسو است [۱۵]. آنها به اصلاح روش رفتار درمانی دیالکتیکی به‌منظور استفاده برای کنترل رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه ۳۸ نوجوان پسر زندانی پرداختند و دریافتند که پرخاشگری بدنی آزمودنی‌ها کاهش یافته است. نتایج به‌دست آمده از این تحقیق بر اساس نظر سایموتو و همچنین در قالب نظریه لوید ریچاردسون و همکاران قابل تبیین است؛ سایموتو معتقد است برای درک رفتار خودآسیب‌رسان باید بدانیم که چرا یک رفتار خاص، در یک زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می‌گیرد. این مهم اشاره به نقش کارکردی رفتارهای خودآسیب‌رسان دارد که یک جنبه مهم آن بر اساس نظر لوید ریچاردسون و همکاران کارکرد درون فردی است که به دو صورت تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار عمل می‌کند؛ آنها معتقدند رفتارهای خودآسیب‌رسان ممکن است به‌صورت تقویت منفی خودکار و با هدف متوقف کردن یا حذف حالت‌های عاطفی و شناختی نامطلوب (رهایی یافتن از ناکامی‌ها، کاهش دردهای عاطفی، بیان خشم نسبت به دیگران و کاهش تنش) و یا تقویت مثبت خودکار که اشاره به استفاده از رفتار خودآسیب‌رسان برای ایجاد بعضی از حالت‌های درونی دارد، عمل کنند [۱۶]. همچنین کارکردهای اجتماعی رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط محیط خارجی فرد تنظیم می‌شوند؛ تقویت مثبت اجتماعی اشاره به این دارد که استفاده از رفتار خودآسیب‌رسان برای جلب توجه و یا برای دسترسی به برخی از منابع خاص اجتماعی است. همچنین تقویت منفی اجتماعی اشاره به استفاده از رفتارهای خودآسیب‌رسان برای گریز از برخی وظایف یا تکالیف شخصی دارد؛ مدرسه‌گریزی، انزوا و گوشه‌نشینی و تنفر از دعوی پدر و مادر، معرف عملکرد تقویت اجتماعی منفی رفتار خودآسیب‌رسان است. لوید ریچاردسون و همکاران، با توجه به نتایج این پژوهش، به نظر

1. Pereplechikova  
2. Functional magnetic resonance imaging  
3. Axelrod, Holtzman, Sinha  
4. Shelton

5. Trestman  
6. Zhang  
7. Kesten

همچنین تأثیر این مداخله آموزشی را در مقایسه با سایر مهارت‌ها و رویکردهای درمانی همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، روان‌درمانی شناختی تحلیلی و رفتاردرمانی شناختی- رفتاری (CBT)، مورد بررسی قرار دهند تا میزان اثربخشی هر کدام مشخص شود.

از آنجایی که پژوهش حاضر تنها بر روی مردان انجام گردید، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه نیز بر روی زنان صورت گیرد و میزان اثربخشی در دو جنس مقایسه گردد. در این مطالعه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی تنها بر تنظیم هیجانی و تکانشگری در افراد دارای سابقه خودآسیبی مورد بررسی واقع شد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر نمونه بزرگ‌تر در شهرهای مختلف تکرار شود. همچنین این روش درمانی بر سایر متغیرهای روانشناختی مرتبط با این اختلال صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه با در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارتش با کد IR.AJAUMS.REC.1396.37 به تصویب رسیده است. نویسندگان این مقاله بر خود الزم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

می‌رسد رفتار درمانی دیالکتیکی و مهارت‌هایی که در طول این برنامه به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود ( به‌ویژه مهارت‌های تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی)، قادر است کارکردهای درون فردی (تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار) و بین فردی (تقویت منفی اجتماعی و تقویت مثبت اجتماعی) رفتارهای خودآسیب‌رسان را در جوانان و نوجوانان رفتارهای خودآسیب‌رسان کاهش دهد. لذا در صورت کنترل پیامدهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان، قادر به کاهش فراوانی وقوع رفتارهای خودآسیب‌رسان در جوانان و نوجوانان رفتارهای خودآسیب‌رسان خواهیم بود [۱۶]. در نتیجه مسئولان و دست‌اندرکاران واحدهای نظامی می‌توانند برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی را در برنامه‌ریزی‌های بلندمدت خود به‌منظور کاهش فراوانی وقوع و کاهش کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان در سربازان، 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.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکات اشاره کرد که، مطالعه در محیط نظامی انجام شده و ممکن است شرایط سربازی بر روی اقدامات خودآسیبی موثر بوده است، پس نمی‌توان نتایج مطالعه را با اطمینان به جمعیت عمومی تعمیم داد و اینکه این پژوهش تنها روی نمونه مردان انجام شده و نمی‌توان نتایج پژوهش را با اطمینان به جامعه زنان تعمیم داد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در کنار مداخلات دارویی برای اختلالات دیگر نیز استفاده شود.

### References

1. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007; 27(2):226-239.
2. Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American journal of orthopsychiatry*. 2005; 75(2):324-333.
3. Krizan Z, Suls J. Are implicit and explicit measures of self-esteem related? A meta-analysis for the Name-Letter Test. *Personality and individual differences*. 2008; 44(2):521-531.
4. Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS, Sachs GS, Thase ME. Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Comprehensive psychiatry*. 2006; 47(3):161-168.



5. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic medicine*. 2005; 67(6):869-878.
6. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 1999; 13(1):1-9.
7. Yoshizato H, Fujikawa T, Soya H, Tanaka M, Nakashima K. The growth hormone (GH) gene is expressed in the lateral hypothalamus: enhancement by GH-releasing hormone and repression by restraint stress. *Endocrinology*. 1998; 139(5):2545-2551.
8. Sim L, Adrian M, Zeman J, Cassano M, Friedrich WN. Adolescent deliberate self-harm: linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of research on adolescence*. 2009; 19(1):75-91.
9. Phillips J. *Relentless innovation: what works, what doesn't--and what that means for your business*. New York, NY: McGraw-Hill; 2012.
10. Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*. 2007; 41(10):837-847.
11. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical psychology: science and practice*. 2003; 10(2):192-205.
12. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2004; 42(5):487-499.
13. Borjali A, Bagiyan MJ, Yazdanpanah MA, Rajabi M. The effectiveness of group mindfulness –based cognitive therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. *Clinical psychology studies*. 2015; 5(20):133-161. [Persian]
14. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press; 1993.
15. Bornovalova MA, Daughters SB, Hernandez GD, Richards JB, Lejuez CW. Differences in impulsivity and risk-taking propensity between primary users of crack cocaine and primary users of heroin in a residential substance-use program. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2005; 13(4):311-318.
16. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*. 2007; 37(8):1183-1192.

# The effectiveness of dialectical behavioral therapy on the reduction of self-injurious behaviors among soldiers with a history of self-injury

Ahad Mohamadi<sup>1</sup>, \*Parviz Dabaghi<sup>2</sup>, Mohsen Ahmadi-tahour-soltani<sup>3</sup>

## Abstract

**Background:** Self-injurious behaviors are seen in young people and adolescents. The purpose of this study was to determine the effectiveness of dialectical behavioral therapy on the reduction of self-injurious behaviors among soldiers with a history of self-injury in a military unit.

**Materials and methods:** This quasi-experimental study was a pre-test and post-test one with a control group with follow-up. Totally, 20 individual who had the inclusion criteria were randomly selected among soldiers with the history of self-injury. Grasis intentional self-injury behavior questionnaire was used for data collection in pre-test and post-test. After the pre-test, the experimental group was treated in a dialectical behavior therapy. This program was run in 12 sessions of 90 minutes and two sessions a week.

**Results:** The results showed that dialectical behavior therapy by group method was effective in reducing self-injurious behaviors of soldiers with a history of self-injury in a military unit at the significant level of  $p=0.04$ . Also, it was effective in the reduction of intrapersonal and interpersonal functions of self-injurious behaviors among these soldiers

**Conclusion:** In summary, dialectic behavior therapy had a significant effect in reducing self-injurious behaviors in soldiers with a positive history.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy, Self-Injurious Behavior, Soldiers, Military

1. MSc in clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding author) dabaghi-44@yahoo.com

3. Associate professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Clinical Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.