

The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Emotion Regulation and Impulse Control of Soldiers with a Self-Reporting Experience

Abstract

Introduction: The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on emotion regulation and impulsivity control in self-reported soldiers.

Methods: In a quasi-experimental research design, 20 soldiers with self-harm symptoms were selected based on available sampling criteria and randomly divided into two experimental groups (10 subjects). And the control group (n = 10). Experimental group received 12 sessions of dialectical behavior therapy intervention in both groups. Participants in both groups were evaluated by Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Garnefsky Cognitive-Emotional Regulation Questionnaire (CERQ-P), and the Self-Behavior Questionnaire Gratz (GISB) in three stages of pre-test, post-test, and 1-month follow-up. Data were analyzed by repeated measure ANOVA and SPSS software.


Results: The results showed that group-based dialectical behavior therapy had a positive effect on the modification of emotion regulation strategies in soldiers with a history of self-injury and group dialectic behavior therapy training had a positive effect on reducing impulsivity. It has also been effective on some subscales of emotion regulation and impulsivity of soldiers with a history of self-harm.


Conclusion: The results showed that dialectical behavior therapy has a significant effect on increasing emotion regulation and impulsive control of soldiers with a history of self-harm.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Emotion Regulation, Impulsive Control, Self-harm, Soldier

Article Info

Authors:

Mohammadi A ¹ 

Dabaghi P ^{2*} 

Ahmadi Tahor-Soltani M ³ 

Received: 2020.10.6

Accepted: 2020.10.23

E-Published: 2020.11.20

Affiliations

1- Master of clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: dabaghi_44@yahoo.com

3- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Citation Subjects:

Behavior Therapy,
Conditioning Therapy,
Behavior Treatment,
Emotions, Emotional Self-
Regulation, Self-Injury, Self-
Destructive Behavior,
Nonsuicidal Self Injury,
Intentional Self Injury,
Military, Army Personnel,
Armed Forces Personnel



اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تنظیم هیجان و کنترل تکانش‌گری سربازان دارای سابقه خودزنی

اطلاعات مقاله

نویسندگان:
احمد محمدی^۱
پرویز دباغی^{۲*}
محسن احمدی طهور سلطانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۲

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۰۸/۳۰

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و کنترل تکانش‌گری سربازان دارای سابقه خودزنی بود.

روش کار: در یک طرح پژوهشی نیمه‌آزمایشی تعداد ۲۰ نفر سرباز که دارای علائم خودزنی بودند بر اساس ملاک‌های ورود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۰ نفر) اختصاص داده شدند. مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش ۱۲ جلسه مداخله درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) به صورت گروهی دریافت نمودند. مشارکت‌کنندگان هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه به وسیله آزمون پرسشنامه کنترل تکانش‌گری بارت (BIS-11)، پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجانی گارنفسکی (CERQ-P) و پرسشنامه رفتارخودآسیبی گراتز (GISB) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها، نشان داد که درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان سربازان دارای سابقه خودآسیبی تأثیر مثبت داشت و همچنین آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به شکل گروهی بر کاهش تکانش‌گری سربازان تأثیر مثبت داشت. همچنین این درمان روی برخی از خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجان و تکانش‌گری سربازان دارای سابقه خودآسیبی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری در افزایش تنظیم هیجان و کنترل تکانش‌گری سربازان دارای سابقه خودزنی موثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجان، کنترل تکانش‌گری، خودزنی، سرباز

وابستگی سازمانی نویسندگان

- ۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.
- ۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) dabaghi_44@yahoo.com
- ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

عناوین ارجاعی:

روان‌درمانی، نظم دادن، اضطراب، برانگیخته شدن، آشفتگی، خودآزاری، آسیب به خود، مشمول، نظامی

مقدمه

تنظیم هیجان به عنوان فرآیندهایی که از طریق آنها افراد هیجان‌ناشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود، شکست در تنظیم هیجان، بی‌نظمی نامیده می‌شود، بی‌نظمی هیجان به عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجان‌ناشان تعریف شده است که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل تکانه در بستر پریشانی هیجانی، و نقص در استفاده عملکردی از هیجان‌ناشان به عنوان اطلاعات است، اختلالات و علائم فیزیولوژیکی گوناگونی وجود دارد که با بی‌نظمی هیجان ارتباط دارند، بعضی از این موارد شامل خودآسیبی، خودکشی، درد، استعمال دخانیات، گسیختن، اختلالات خوردن و اعتیاد می‌شود (۵).

یکی دیگر از عواملی که موجب می‌شود خودآسیبی در این افراد صورت بگیرد عدم کنترل تکانه^۴ آیمی باشد. اصطلاح تکانش‌گری به رفتارهایی از جمله عجله و شتاب، بی‌اختیاری، بی‌صبری و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل گفته می‌شود. به همین دلیل این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برتنظیم هیجان و کنترل تکانش‌گری سربازان دارای سابقه خودزنی اجرا شد (۶).

روش کار

طرح پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۲ ماهه و با دو گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان انجام شد که داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سربازان دارای سابقه خودآسیبی یک یگان نظامی در سال ۱۳۹۶ بود.

فرضیه‌های اصلی این پژوهش عبارت بودند از: الف) مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)، میزان تنظیم هیجان (و مولفه‌های تنظیم هیجان)، سربازان دارای سابقه خودآسیبی را افزایش می‌دهد. ب) مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)، میزان تکانش‌گری (و مولفه‌های تکانش‌گری)، سربازان دارای سابقه خودآسیبی را کاهش می‌دهد. پ) مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) منجر به کاهش تعداد موارد اقدام به خودآسیبی در سربازان دارای سابقه اقدام به خودآسیبی می‌گردد.

نمونه مورد مطالعه این پژوهش شامل تعداد ۲۰ نفر از سربازان خودآسیب‌رسان ۱۸ تا ۲۷ سال، در یکی از پادگان‌های نظامی یکی از نیروهای نظامی در سال ۱۳۹۶ بود. نحوه انتخاب گروه نمونه به این صورت بود که ابتدا فهرست کلیه سربازانی که سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان در پرونده روان‌شناختی

بشر امروزی بیش از پیش با معضلات و مسائل تنش‌زا و آسیب‌رسان درگیر بوده و متأسفانه بسیاری از افراد صرف‌نظر از سطح فرهنگی و طبقه اجتماعی و اقتصادی، به این سبک زندگی و انجام رفتارهای خودتخریب‌گرایانه و آسیب‌رسان که به سلامت جسم و روان‌شان لطمات جبران‌ناپذیری وارد می‌سازد، مبادرت می‌ورزند. در این میان جوانان و نوجوانان با توجه به شرایط و تغییرات زیستی و روانی، بیشتر از سایرین در معرض خطر بوده و امکان بروز این گونه رفتارها در آنها در قیاس با افراد دیگر جامعه بیشتر است. رفتارهای خودتخریبی^۱ طبق تعریف "اقدامی مهلک یا غیرمهلک عمدی است، که فرد با علم به خطرناک بودن آن به انجامش مبادرت می‌ورزد و نتایج زیان‌بخش را نصیب خود نموده و حتی مستقیم و یا غیرمستقیم خانواده، اطرافیان و حتی در معنای وسیع کلمه جامعه را از نتایج مخرب آن متضرر می‌کند" (۱).

عادت‌های خودتخریبی ممکن است نه تنها باعث به وجود آمدن بیماری شود، بلکه می‌تواند زندگی خوب جسمانی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. کنترل این رفتارهای خودتخریبی به طور خاص مشکل است، زیرا آنها به طور نسبتاً وسیعی خارج از حوزه پزشکی و درمان‌های سنتی هستند و در مراحل ابتدایی با نشانه‌ها و علائم مرضی ناخوشایند همراه نیستند. لذا آنچنان مورد توجه قرار نمی‌گیرند، مگر در مراحل پیشرفته بیماری. این گونه رفتارها در اوایل سال‌های نوجوانی افزایش یافته، در اواخر نوجوانی در سطح بالایی باقی مانده و در اوایل بزرگسالی کاهش می‌یابند (۲،۳).

بر این اساس یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی که هم بر مهارت‌آموزی و هم بر کنترل تکانش‌گری و مهارت‌های تنظیم هیجان تاکید دارد، رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)^۲ می‌باشد. DBT نوع خاصی از روان‌درمانی شناختی- رفتاری است که در اواخر دهه هشتاد میلادی توسط مارشا لینهان تدوین شد. DBT یک رویکرد شناختی- رفتاری است که بر جنبه‌های روانی-اجتماعی درمان تاکید می‌کند. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه مداخله‌ای را در شیوه درمانی خود مطرح می‌کند (هوشیاری فراگیر بنیادی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی^۳ و کارآمدی بین فردی به عنوان مولف‌های تغییر (۴).

1- Self Injury
2- Dialectical Behavioral Therapy-DBT
3- Emotion Regulation

درمان‌های انجام شده تا به حال و سوءمصرف مواد مخدر توسط درمانجو بود.

۲- مقیاس پرسشنامه تکانش‌گری بارت^۵ (BIS): این مقیاس توسط بارت در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است (۱۱). این مقیاس ۳۰ گویه دارد و سه خرده‌مقیاس تکانش‌گری شناختی، تکانش‌گری حرکتی و بی‌برنامگی را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی به هر گویه بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز / گاهی اوقات / اغلب / تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهد و نمره هر فرد براساس نمره سه خرده‌مقیاس و یک نمره کل محاسبه می‌شود (۹).

۳- پرسشنامه تنظیم شناختی - هیجانی^۶ (CERQ-P): پرسشنامه تنظیم شناختی - هیجانی توسط گرانفسکی و همکاران^۷ در سال ۲۰۰۱ تدوین شده است. این پرسشنامه، چند بعدی و یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم هیجانی شناختی نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گرانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از ۱- همیشه تا ۵- هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و جوکار در سال ۱۳۸۶ مورد اعتباریابی قرار گرفته است (۱۰).

۴- پرسشنامه رفتارهای خودآسیبی گراتز^۸ (GISB): برای اندازه‌گیری رفتارهای خودآسیبی عمدی در نمونه مورد مطالعه از پرسشنامه خودآسیبی عمدی گراتز استفاده شده است (۱۰). این پرسشنامه مقیاس خودگزارشی 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 روی پوست و...) است. هر عبارت با بلی یا خیر جواب داده می‌شود و درباره زمان شروع اولین اقدام، آخرین اقدام، زمان (شرایط تسهیل‌کننده) 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).

(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 و نمونه در دسترس 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 در انتظار درمان جایگزین شدند. در پایان مداخله درمانی، مجدداً بعد از دو ماه به منظور بررسی تداوم اثربخشی درمان فوق پیگیری صورت گرفت. در این مطالعه به منظور جایگزینی نمونه‌ها در دو گروه کنترل در انتظار درمان 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 (۷).

ملاک‌های ورود برای شرکت در این مطالعه نیز شامل: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی خودآسیبی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5، دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل، دامنه سنی بین ۱۸-۳۰ 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 مخدر، الکل و داروهای روان‌پزشکی بود. ملاک‌های خروج به این پژوهش نیز عبارت بودند از: مصرف مواد مخدر و الکل، عدم تمایل به شرکت در پژوهش، دریافت مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان با پژوهش و عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه.

در این پژوهش کلیه اطلاعات مربوط به مشارکت‌کنندگان و پاسخ‌های مربوطه در پرسشنامه‌ها، کاملاً محرمانه باقی می‌ماند و از اطلاعات به دست آمده فقط در تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های پژوهش حاضر استفاده گردید. اجرای پژوهش با رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان صورت گرفت و از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. اجرای آموزش مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) برای گروه کنترل در انتظار درمان پس از اتمام پژوهش صورت گرفت.

لازم به ذکر است این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران با کد IR.AJAUMS.REC.1396.37 به تصویب رسیده است. در این مطالعه، برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی محقق‌ساخته: این پرسشنامه محقق ساخته، حاوی سوالاتی مشتمل بر سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شروع و خودآسیبی،

5- Barratt Impulsiveness Scale-BIS
6- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ
7- Granovsky et al
8- Gratis Intentional self-injury Behavior Questionnaire-GISB

متناسب با رفتارهای پرخطرانه طراحی شده است (جدول شماره یک) که در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه انجام شد (۱۲).

۵- پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی: در این پژوهش رفتار درمانی دیالکتیکی بر اساس پروتکل درمانی متیو مک کی، جفری وود، جفری برنتلی، ترجمه دکتر حسن حمید پور،

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 برچسبها.
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 موقعیت، توجه برگردانی از طریق تکلیف و کارهای روزمره و همچنین آموزش توجه برگردانی از طریق شمارش، و خودآرام‌بخشی.
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.
هشتم	آموزش پذیرش بنیادین، خودگویی‌های تأییدگرایانه و راهبردهای مقابله‌ای جدید.
نهم	آموزش قضاوت نکردن و تجارب روزمره و ارتباط آگاهانه با دیگران.
دهم	آموزش انجام کار موثر، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، برنامه روزانه و توجه آگاهی آموزش شناخت هیجان و چپستی هیجان آموزش غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، هیجان‌ها و تبدیل شدن به رفتار.
یازدهم	آموزش کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز.
دوازدهم	آموزش مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن آموزش رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی. جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل.

یافته‌ها

سوزن در بدن (۱۲؛ ۶۰٪) و خوردن مواد خطرناک (۱۰؛ ۵۰٪) از بیشترین میزان وقوع برخوردار بود. میانگین سن شروع رفتارهای خودآسیب‌رسان در نمونه مورد مطالعه ۲۱ سال بود. پایین‌ترین سن شروع ۱۴ سال و بالاترین سن شروع ۱۶ سال بود.

در هر دو گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان، 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؛ ۸۵٪) رفتار خودآسیب‌رسان را در نمونه مورد مطالعه داشت. در رتبه‌های بعدی: زدن خود (۱۲؛ ۶۰٪) و فروکردن

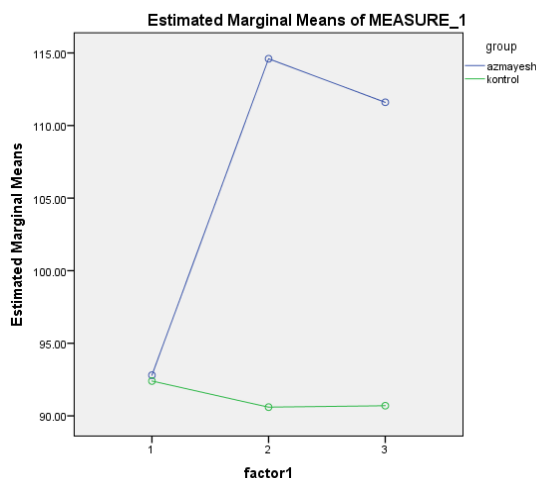
جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیر تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون		متغیر گروه	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۹۲/۸۰	۷/۰۰	۱۱۴/۶۰	۴/۵۹	۱۱۱/۶۰	۴/۹۴	آزمایش	تنظیم هیجان
۹۲/۴۰	۶/۴۸	۹۰/۶۰	۶/۱۸	۹۰/۷۰	۷/۹۸	کنترل	

داشته است. اما این تغییر برای گروه کنترل در انتظار درمان در هیچ یک از مراحل دیده نمی‌شود.

یافته‌های ارائه شده در جدول فوق نشان می‌دهند، نمره متغیر تنظیم هیجان در گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر

نمودار ۱: مقایسه میانگین متغیر تنظیم هیجان در سه مرحله اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه



در نمودار خطی شماره یک، در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل در انتظار درمان قابل مشاهده نیست. پیش‌آزمون کاهش یافته است. در حالی که این تغییرات در

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته متغیر تنظیم هیجان برای اثرهای درون گروهی و بین گروهی مرحله با گروه

منابع تغییر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات تفکیکی
درون گروهی	مرحله	۷۳۱/۰۲	۱	۷۳۱/۰۲	۵۸/۲۶	۰/۰۰	۰/۷۶
	مرحله با گروه	۱۰۵۰/۶۲	۱	۱۰۵۰/۶۲	۸۳/۷۳	۰/۰۰	۰/۸۲
	خطا	۲۲۵/۸۵	۱۸	۱۲/۵۴			
بین گروهی	مرحله	۳۴۲۰/۱۵	۱	۳۴۲۰/۱۵	۳۴/۲۶	۰/۰۰	۰/۶۵
	خطا	۱۷۹۶/۷۰	۱۸	۹۹/۸۱			

همچنین در منابع تغییر بین گروهی در مراحل اندازه‌گیری متغیر تنظیم هیجان، حداقل بین دو سطح از سطوح متغیر گروه‌بندی بین گروهی، تفاوت معنادار وجود دارد (P=۰/۰۰، F=۳۴/۲۶).

بر اساس نتایج جدول شماره سه در منابع تغییر درون گروهی در متغیر تنظیم هیجان، اثر اصلی مرحله معنادار است. به عبارتی، حداقل بین میانگین دو بار اجراها تفاوت معناداری وجود دارد. (P=۰/۰۰، F=۵۸/۲۶) همچنین اثر تعاملی مرحله با گروه در متغیر تنظیم هیجان معنادار می‌باشد (P=۰/۰۰، F=۸۳/۷۳).

جدول ۴: مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان

گروه	مقیاس	منبع اثر	مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات تفکیکی
آزمایش	تنظیم هیجان	مرحله	۱۱۶۸/۰۳	۲	۵۸۴/۰۱	۵۹/۶۲	۰/۰۰	۰/۷۶
		خطا	۳۵۲/۶۰	۳۶	۹/۷۹			
کنترل	تنظیم هیجان	مرحله	۱۱۶۸/۰۳	۲	۷۱۴/۶۴	۵۹/۶۲	۰/۰۰	۰/۷۶
		خطا	۳۵۲/۶۰	۳۶	۱۱/۹۸			

شد. جهت ارزیابی پیش‌فرض‌های این آزمون و عدم تفاوت واریانس گروه‌ها از آزمون لوین و کرویت ماچلی استفاده شد، نتایج این آزمون معنادار نبود که حاکی از عدم تفاوت معنادار واریانس گروه‌ها بود و به عبارت دیگر این پیش‌فرض رعایت شده است.

نتایج جدول شماره چهار، نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر تنظیم هیجان، حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش متغیر تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/00$, $F=59/62$).

در بررسی فرضیه دوم مبنی بر تاثیر درمان بر کاهش تکانش‌گری سربازان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده

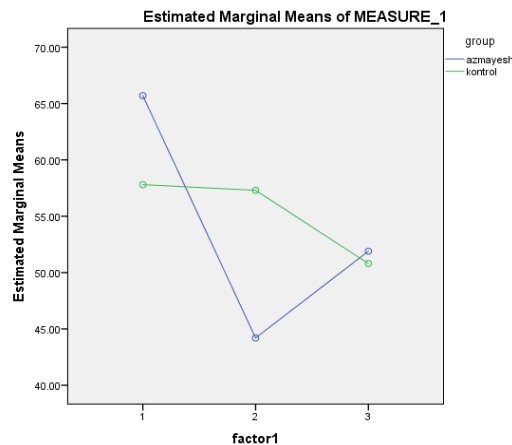
جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمره های متغیر تکانش‌گری به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		متغیر گروه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۲/۹۲	۵۱/۹۰	۳/۲۵	۴۴/۲۰	۴/۰۲	۶۵/۷۰
۲/۷۸	۵۰/۸۰	۴/۲۱	۵۷/۳۰	۳/۶۷	۵۷/۸۰

تغییر برای گروه کنترل در انتظار درمان در هیچ یک از مراحل دیده نمی‌شود.

طبق جدول شماره پنج، نمره متغیر تکانش‌گری در گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر داشته است. اما این

نمودار ۲: مقایسه میانگین متغیر تکانش‌گری در سه مرحله اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه



با پیش‌آزمون کاهش یافته است. در حالی که این تغییرات در گروه کنترل در انتظار درمان قابل مشاهده نیست.

در نمودار خطی شماره دو، هم ملاحظه می‌شود که میانگین متغیر تکانش‌گری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس آمیخته متغیر تکانش‌گری برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی مرحله با گروه

منابع تغییر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات تفکیکی
درون‌گروهی	مرحله	۱۰۸۱/۶۰	۱	۱۰۸۱/۶۰	۱۸۲/۲۹	۰/۰۰	۰/۹۱
	مرحله با گروه	۱۱۵/۶۰	۱	۱۱۵/۶۰	۱۹/۴۸	۰/۰۰	۰/۵۲
	خطا	۱۰۶/۸۰	۱۸	۵/۹۳			
بین‌گروهی	گروه	۲۸/۰۱	۱	۲۸/۰۱	۰/۹۴	۰/۳۳	۰/۰۵
	خطا	۵۷۰/۵۰	۱۸	۲۸/۱۹			

همچنین در منابع تغییر بین گروهی در مراحل اندازه‌گیری متغیر تکانش‌گری، حداقل بین دو سطح از سطوح متغیر گروه‌بندی بین گروهی، تفاوت معنادار وجود ندارد ($F=0/94$, $P=0/33$).

براساس نتایج جدول ۶ در منابع تغییر درون گروهی در متغیر تکانش‌گری، اثر اصلی مرحله معنادار است. به عبارتی، حداقل بین میانگین دو بار اجراها تفاوت معنادار وجود دارد. ($P=0/00$, $F=182/29$) و همچنین اثر تعاملی مرحله با گروه در متغیر تکانش‌گری معنادار می‌باشد ($F=19/48$, $P=0/00$).

جدول ۷: مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان

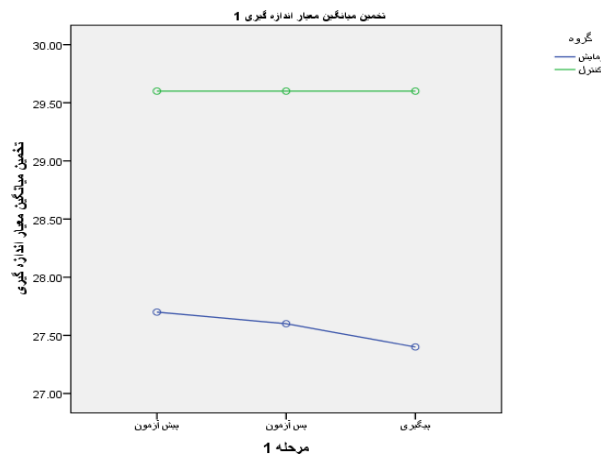
گروه	مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات تفکیکی
آزمایش	تکانش‌گری	مرحله	۱۵۳۰/۱۳	۲	۷۶۵/۰۶	۱۶۹/۵۹	۰/۰۰	۰/۹۰
		خطا	۱۶۲/۴۰	۳۶	۴/۵۱			
کنترل	تکانش‌گری	مرحله	۱۵۳۰/۱۳	۱/۸۱	۸۴۱/۲۹	۱۶۹/۵۹	۰/۰۰	۰/۹۰
		خطا	۱۶۲/۴۰	۳۲/۷۳	۴/۹۶			

استفاده شد. جهت ارزیابی پیش‌فرض‌های این آزمون و عدم تفاوت واریانس گروه‌ها نیز از آزمون لوین و کرویت ماچلی استفاده شد. نتایج این آزمون معنادار نبود که حاکی از عدم تفاوت معنادار واریانس گروه‌ها بود و به عبارت دیگر این پیش‌فرض رعایت شده است.

نتایج جدول شماره هفت نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر تکانش‌گری، حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش متغیر تکانش‌گری تفاوت معنادار وجود دارد ($F=169/59$, $P=0/00$).

در بررسی فرضیه سوم نیز مبنی بر تاثیر درمان بر کاهش تعداد موارد خودآسیبی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته

نمودار ۳: مقایسه میانگین مقیاس خودزنی در سه مرحله اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه



مقیاس‌هایی با علامت (*) و (***) بیانگر این مطلب است که تفاوت میانگین پس‌آزمون متغیرهای مذکور در آن رویکرد با رویکرد متناظرش به ترتیب در سطح ۰/۰۵ یا ۰/۰۱ معنادار است.

در نمودار خطی شماره سه، ملاحظه می‌شود که میانگین خودزنی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. در حالی که این تغییرات در گروه کنترل در انتظار درمان قابل مشاهده نیست.

در جدول شماره هشت، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقیاس خودزنی، در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها آورده شده است.

جدول ۸: 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	معناداری	مجذوراتای تفکیکی
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	۰/۱۳۵
	خطا	۳۹۷/۲۳	۱۸	۲۲/۰۶			

اندازه‌گیری، بین میانگین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد ($P=۰/۰۴$, $F=۸/۹۷$). همچنین در منابع تغییر بین گروهی، در مراحل اندازه‌گیری متغیر تکانش‌گری شناختی، حداقل بین دو سطح از سطوح متغیر گروه‌بندی بین گروهی، تفاوت معنادار وجود ندارد ($P=۱۱۱/۰$, $F=۸۱/۲$).

بر اساس نتایج جدول شماره هشت، در منابع تغییر درون گروهی در متغیر خودزنی، اثر اصلی مرحله معنادار است. به عبارتی، حداقل بین میانگین دو بار اجراها تفاوت معنادار وجود دارد ($P=۰/۰۴$, $F=۸/۹۷$) و همچنین اثر تعاملی مرحله با گروه در متغیر خودزنی نیز معنادار است. یعنی حداقل در یکی از سه بار

جدول ۹: مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان

گروه	مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتای تفکیکی
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	۰/۱۲۳	۰/۸۰	۰/۲۵	۰/۱۲۰
		خطا	۳/۶۵	۱۸	۰/۱۸۰			

برای بررسی بیشتر نتایج و مقایسه‌های زوجی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و جلسه پیگیری، از مقایسه‌های زوجی با تصحیح بنفرونی (جدول ۱۰) استفاده شده است.

نتایج جدول شماره نه، نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر خودزنی، حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش خودزنی تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۱/۴۶$, $P=۰/۰۳$).

جدول ۱۰: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه نمرات خودزنی بر حسب گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
خودزنی	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۱۰*	۰/۳۰*
		پس‌آزمون	-	۰/۲۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۵	۰/۱۰
		پس‌آزمون	-	۰/۰۰

پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در گروه کنترل، خودزنی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین مرحله پیش‌آزمون با جلسه پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

بررسی نتایج آزمون تعقیبی در جدول شماره ۱۰، نشان می‌دهد که: $p < ۰/۰۵$ ، $p < ۰/۰۱$ ، $p < ۰/۰۰۱$ در گروه آزمایشی بین نمرات خودزنی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین مرحله پیش‌آزمون با جلسه

بحث نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تنظیم هیجان و کنترل تکانش‌گری سربازان دارای سابقه خودزنی بود. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی به روش گروهی بر تنظیم هیجان و کنترل تکانش‌گری سربازان دارای سابقه خودزنی موثر است. با توجه به این که در واحدهای نظامی روش آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی به منظور کاهش رفتارهای خودآسیبی در بین سربازان، به کار برده نشده است یا این که به صورت خیلی جزئی به آن پرداخته شده است و این که این مطالعه به عنوان اولین تحقیقی می‌باشد که به طور کامل در این زمینه به صورت تخصصی بررسی دقیقی به عمل آورده است، لذا به علت محدودیت مطالعات نظامی در این زمینه، مقایسه یافته‌های این تحقیق با مطالعات نظامی دیگر میسر نمی‌باشد. بنابراین به ناچار با یافته‌های مطالعات خارج از حیطه نظامی مقایسه می‌گردد.

تحلیل داده‌ها نشان داد که سربازان شرکت‌کننده در درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی به صورت معناداری بهبودی بالاتری در ارزیابی‌های مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل در انتظار درمان داشتند.

این یافته با نتایج تحقیق فلیس چاکر و همکاران، پلتچیکوا و همکاران^۹ (۱۳) و صفاری‌نیا، نیکوگفتار و دماوندیان در سال ۱۳۹۳ همسو است. این محققان نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای تکانش‌گرانه و خودآسیب‌رسان افراد دارای شخصیت مرزی موثر است. همچنین این نتایج با یافته‌های لیتفیلد و همکاران (۱۴) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و کاهش تکانش‌گری در افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد همسو است. آنها نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودکشی و خودآسیب‌رسان و علائم مرزی نوجوانان موثر است. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق پری پلتچیکوا و همکاران (۱۳) همسو است. آنها 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 علائم افسردگی، عقاید خودکشی و رفتارهای مشکل‌ساز کودکان کاهش معناداری داشته است. همچنین نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق مظاهری، برجعلی، احدی و گلشنی (۱۵) همسو است. آنها در پژوهش خود دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش علائم اختلال شخصیت به ویژه در مولفه بی‌ثباتی

هیجانی، احساس ترک شدن، رفتار خودکشی و مشکلات هویتی شده است. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج بررسی‌های لینهان و همکاران (۱۶) همسو است. آنها نتیجه‌ی یک ساله‌ی درمان رفتار درمانی دیالکتیکی را با درمان‌های معمول در دسترس مقایسه کردند و نشان دادند طی یک سال، بیماران گروه DBT به طور معناداری رفتار آسیب‌رسان کمتری از بیماران گروه گواه داشتند و دوره‌های شدید خودآسیب‌رسانی در میان بیماران گروه تجربی، کمتر از گروه گواه (درمان به روش معمول) بود (۱۲).

در خصوص تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کارکردهای درون‌فردی و بین‌فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان، نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی به روش گروهی بر کاهش کارکردهای درون‌فردی و بین‌فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان سربازان دارای سابقه خودآسیبی موثر است. این یافته‌ها با نتایج تحقیق پری پلتچیکوا و همکاران (۱۳) همسو است. ایشان در پژوهش خود رفتار درمانی دیالکتیکی را برای کودکان در معرض آسیب، اصلاح به کار بردند و دریافتند که این برنامه کاهش معناداری در عقاید خودکشی (که از کارکردهای درون‌فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان است) کودکان مورد مطالعه ایجاد کرده است. همچنین نتایج این تحقیق از جهت تاثیر برنامه رفتار درمانی دیالکتیک بر کارکرد درون‌فردی (تنظیم هیجانی) رفتار های خودآسیب‌رسان با نتایج تحقیق اشنل و هرپرترز (۱۷) همسو است. ایشان در مطالعه خود زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار دادند و نتایج قبل و بعد از درمان را از طریق FMRI بررسی کردند و دریافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می‌کند و در واقع به تنظیم هیجان در آزمودنی‌ها کمک می‌کند. در این راستا نتایج این پژوهش با یافته‌های و سینها، پریپلتچیکوا، هالترمن اکسلرود^{۱۰} (۱۳) همسو است. همچنین 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 تاثیر برنامه رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش کارکرد بین‌فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان و بر اساس نظریه کارکردی رفتار خودآسیب‌رسان لوید ریچاردسون و همکاران (۱۸) در صورتی که رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه را به عنوان کارکردهای بین‌فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان در نظر بگیریم، نتایج این تحقیق با یافته‌های ترستمن، زانگ، کستن شلتون^{۱۱} (۱۹) همسو است. آنها به

10- Pryplchikova, Haltzman, Axelrod
11- Trestman, Zang, Castan Shelton

9- Felis Chucker et al., Peltchikova et al

رفتارهای خودآسیب‌رسان در سربازان خودآسیب‌رسان، 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.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجهه بود. با توجه به این که این پژوهش روی سربازان یکی از یگان‌های مستقر در استان تهران انجام شده، قابلیت تعمیم داده‌ها را با احتیاط مواجهه می‌کند. در راستای این محدودیت پیشنهاد می‌گردد جهت تعمیم‌پذیری بیشتر، پژوهش‌هایی در یک حجم نمونه بزرگ‌تر از سربازان سایر مناطق کشور و گروه‌های دیگری از کارکنان نیروهای مسلح مانند کارکنان پاپور انجام شود.

تشکر و قدر دانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه سربازان مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

اصلاح روش رفتار درمانی دیالکتیکی به منظور استفاده برای کنترل رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه ۳۸ نوجوان پسر زندانی پرداختند و دریافتند که پرخاشگری بدنی آزمودنی‌ها کاهش یافته است. نتایج به دست آمده از این تحقیق بر اساس نظر سایموتو (۲۰) و همچنین در قالب نظریه لوید ریچاردسون و همکاران (۱۸) قابل تبیین است. سایموتو (۲۰) معتقد است برای درک رفتارهای 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 (۱۸) کارکرد درون‌فردی است که به دو صورت تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار عمل می‌کند؛ آنها معتقدند رفتارهای خودآسیب‌رسان ممکن است به صورت 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 رفتارهای خودآسیب‌رسان برای ایجاد بعضی از حالت‌های درونی دارد، عمل کنند. همچنین کارکردهای اجتماعی رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط محیط خارجی فرد تنظیم می‌شوند؛ تقویت مثبت اجتماعی اشاره به این دارد که استفاده از رفتارهای 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 دعوای پدر و مادر، معرف عملکرد تقویت اجتماعی منفی رفتار خودآسیب‌رسان است. لوید ریچاردسون و همکاران (۱۸).

با توجه به نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد رفتار درمانی دیالکتیکی و مهارت‌هایی که در طول این برنامه به مشارکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود (به ویژه مهارت‌های تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی)، قادر است کارکردهای درون‌فردی (تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار) و بین‌فردی (تقویت منفی اجتماعی و تقویت مثبت اجتماعی) رفتارهای خودآسیب‌رسان را در سربازان خودآسیب‌رسان کاهش دهد. لذا در صورت کنترل پیامدهای درون‌فردی و بین‌فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان، قادر به کاهش فراوانی وقوع رفتارهای خودآسیب‌رسان در سربازان خودآسیب‌رسان خواهیم بود. در نتیجه فرماندهان و مسئولان یگان‌های نظامی به ویژه روان‌شناسان شاغل در سطح مراکز مشاوره یگان‌های نظامی می‌توانند برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی را در برنامه‌ریزی‌های بلندمدت خود به منظور کاهش فراوانی وقوع و کاهش کارکرد

References

- 1- Afroozfar P, Hashemian M. A Study of Persian Equivalents for Compound Words in Psychology on the Basis of Translation Procedures Proposed by Vinay and Darbelnet. *Modern Journal of Language Teaching Methods*. 2017;7(2):94.
- 2- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007;27(2):226-239
- 3- Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American journal of orthopsychiatry*. 2005; 75(2):324-333.
- 4- Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*. 2015;72(5):82-475.
- 5- GratzKL, RoemerL. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26(1):54-41
- 6- Lourie M, Rata E. A critique of the role of culture in Maori education. *British Journal of Sociology of Education*. 2014;35(1):36.
- 7- Akhavan, Shiva. Sajjadian, Illnaz (2016) The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional and Impulsive Instability in People with Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychology / Year 8 / Issue 3 (consecutive 31)*
- 8- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Diagnosis and Mental Disorders Guide*. Yahya Seyed Mohammadi (2014). *Psychological publication*. P. 1005
- 9- Barratt Es. *Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, Biological and environmental data*. American Psychological Association. 1994.
- 10- Garnovskii D, Kukushkin VY, Haukka M. Wagner., G.; Pombeiro. *J Chem Soc, Dalton Trans*. 2001;560:1.
- 11- Lourie M, Rata E. A critique of the role of culture in Maori education. *British Journal of Sociology of Education*. 2014;35(1):36-19.
- 12- Matthew McKay; Jeffrey Wood; Jeffrey Brentley (2007). *Behavioral Therapy Techniques*. Dr Hassan Hamidpour, Hamid Jomehpour and Dr Zahra Andouz (2012). Second Ch. Tehran .Arjmand
- 13- Fleischhaker CH BR, 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. 2011;38-5:33.
- 14- Lett HBJ, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med*. 2005;67(6):869-87
- 15- Ahmad Barjali, Mohammad Javad Begian Koule Marz, Mohammad Ali Yazdan Panah, Moslem Rajabi; (2015) The Effectiveness of Group Dialectical Behavioral Therapy (DBT) Training on Improving the Quality of Life and Reducing Impulsivity in Patients with Bipolar Disorder I. (1) Issue 20, Fifth Year, Fall 94
- 16- Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford press; 1993.
- 17- Schnell K, Herpertz, S.C. Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *psychiatric research*. 2006;41(10):48-837
- 18- Lloyd-Richardson EE, Perrine, N Dierker, L., & Kelley, M. L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. 2007;. 92-37:1183
- 19- Zhang HW, SR. Bauer, MS. . Comparison of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program For bipolar Disorder STEP-BD participants. *Compr Psychiatry*. 2006;. 8-47:161.
- 20- Suymoto KL. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*. 1998;.54-18:531.