مقاله پژوهشی

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر

سولماز قدرتی[1]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۵۸۲-۵۶۶

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۷/۱۸ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۰**

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اردبیل در سال ۱۴۰۰ بودند. ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل). گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه آنلاین قرار گرفت. از سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان (ISAS) کلونسکی و گلین (۲۰۰۹) به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) انجام پذیرفت. نتایج بیانگر این بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر به‌طور معناداری بهبود بخشد ($P<۰/۰۵$). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای بهبود رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر مورداستفاده قرار گیرد.

کلیدواژه: رفتاردرمانی دیالکتیکی، رفتارهای خودآسیب رسان، غیرخودکشی‌گرا.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

رفتارهای خود آسیب‌رسان[1] ازجمله مشکلات روانی اجتماعی هستند (اهمیاتیجیانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۰) که در دوره نوجوانی شیوع بالا و فراوانی دارند (داندونا و شارما[3]، ۲۰۲۰). این رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌عنوان تخریب یا تغییر عمدی بافت‌های بدن (فلوورز[4] و همکاران، ۲۰۲۰) که منجر به آسیب به بافت‌های بدن فرد خودآسیب رسان می‌شود تعریف‌شده است (ماکسیموا[5] و همکاران، ۲۰۱۹). این رفتارها که بدون قصد خودکشی[6] (غیرخودکشی‌گرا) صورت می‌گیرد (گایفر[7] و همکاران، ۲۰۲۰؛ کیم[8] و همکاران، ۲۰۲۰)، در نوجوانان همه فرهنگ‌ها وجود دارد (هونتجنس[9] و همکاران، ۲۰۲۰) و به صدمه مستقیم و عمدی به سطح بدن منجر می‌شود (بهرامی آرامی و آهنگری، ۱۳۹۷). افزون بر این، رفتارهای خودآسیب رسان در این سنین به‌عنوان یک صفت برجسته در اختلال شخصیت مرزی[10] از آن نام برده شده است (کولبک[11] و همکاران، ۲۰۱۹؛ وتربورگ[12] و همکاران، ۲۰۲۰) و فرد بعد از انجام رفتارهای خودآسیب رسان در ابتدا فرد احساس آرامش می‌کند، اما پس‌ازآن بااحساس گناه و شرمندگی روبه‌رو می‌شود که این احساس گناه و شرمندگی با پیامدهای روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی متعددی برای فرد همراه است (کاسیلو-روبینز[13] و همکاران، ۲۰۱۹).

رفتار خودآسیب رسان غیرکشنده (غیرخودکشی‌گرا) به تخریب مستقیم و تغییر عمدی بافت‌های بدن بدون قصد آگاهانه و هوشیارانه برای خودکشی را رفتار خودآسیب رسان غیرکشنده یا بدون قصد خودکشی می‌نامند (ناک و فاوازا، ۲۰۰۹؛ به نقل از احمدی مرویلی و همکاران، ۱۳۹۸). این رفتارهای خود آسیب‌رسان غیرخودکشی‌گرا نوعی رفتار آسیب به خود تلقی می‌شود که در آن فرد به‌صورت مستقیم به بخش‌های از بدن خود صدمه وارد می‌کند، اما قصد او خودکشی نبوده و این رفتار نیز در آیین، رسوم و فرهنگ افراد نیز جایی ندارد (خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳). با وجود همبودی[14] اقدام به خودکشی و خودآسیب رسانی غیرخودکشی‌گرا، در بسیاری از تحقیقات برای این رفتارها پدیدارشناسی متمایزی در نظر گرفته می‌شود و روش‌های اقدام و میزان مرگ‌ومیر در این دو مورد متفاوت است (بریان[15] و همکاران، ۲۰۱۶؛ سلبی[16] و همکاران، ۲۰۱۲).

---

1. self- destructive behaviors
2. Ahemaitijiang
3. Dandona & Sharma
4. Flowers
5. Maksimova
6. non-suicidal self-injury
7. Gayfer
8. Kim
9. Huntjens
10. borderline personality disorder
11. Kolbeck
12. Wetterborg
13. Cassiello-Robbins,
14. comorbidity
15. Bryan
16. Selby

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

انگیزه رفتارهای خودآسیب رسات غیرخودکشی‌گرا با تنظیم هیجان[1] مرتبط است (هاسکین[2] و همکاران، ۲۰۲۰؛ گورین–ماروین[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ سوراگی[4] و همکاران، ۲۰۲۰)، درحالی که انگیزه افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند با هدف پایان دادن به زندگی خود یا به‌منظور ایجاد تغییر در دیگران است (کلونسکی[5] و همکاران، ۲۰۱۳). اقدام به خودکشی با فراوانی کمی اتفاق می‌افتد؛ اما خودآسیب رساند غیرخودکشی‌گرا به‌صورت مزمن و با فراوانی بالایی روی می‌دهد و زمانی که به‌صورت کامل انجام می‌گیرد با آرامش و تسکین همراه است (آندوور[6] و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5[7]) در جهت تمایز قائل شدن بین این دو رفتار، پدیده خودآسیب رساندن به غیرخودکشی‌گرا را به‌عنوان سندرمی که نیازمند مطالعه بیشتر است معرفی کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[8]، ۲۰۱۳). نظریه‌های مختلفی به تبیین این رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا پرداخته‌اند که در ادامه به بررسی و ذکر برخی از آن‌ها پرداخته‌شده است.

بر اساس نظریه زیستی–اجتماعی (بیوسوشیال) لینهان[9] رفتارهای خود آسیب‌رسان که یکی از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی است و درنتیجه تعامل و تبادل بین آمادگی زیستی فرد، مشکلاتی در زمینه تنظیم هیجانی و محیط تربیتی آشفته فرد به وجود می‌آید (پورشهریار و همکاران، ۱۳۹۷). بر اساس نظریه خود معیوب سازی فاوازا رفتارهای خودآسیب رسان شامل سه دسته ازجمله رفتارهای خودآسیب رسان شدید[10]، رفتارهای خود آسیب‌رسان کلیشه‌ای (غیرارادی)[11] و رفتارهای خودآسیب رسان سطحی[12] می‌باشند. رفتارهای خودآسیب رسان شدید که در بیشتر در بیماران روانی مشاهده می‌شوند و درنتیجه آن فرد آسیبی جدی مانند قطع عضوی از بدن به بافت‌های بدن خوش وارد می‌کند. رفتارهای خود آسیب‌رسان کلیشه‌ای (غیرارادی) که در عقب ماندگان ذهنی بیشتر دیده می‌شود و در آن فرد بی‌اراده و بی‌صورت تکراری اقدام به زدن خود می‌کند. رفتارهای خودآسیب رسان سطحی که شایع‌ترین نوع است، رفتارهایی مانند نظیر خراشیدن، بریدن پوست، کندن زخم، جویدن ناخن، جراحی‌های زیبایی و حکاکی پوست را در برمی‌گیرد و تحت تأثیر مد یا عوامل دیگر انجام می‌شوند (فاوازا، ۱۹۹۸؛ به نقل از پیوسته‌گر، ۱۳۹۲). بر اساس دیدگاه فاوازا، رفتارهای خودآسیب رسان به‌عنوان تخریب اعضای بدن بدون قصد خودکشی است که فرد به اعضای بدن خودآسیب وارد می‌کند. همچنین فاوازا استدلال کرده است که رفتارهای خودآسیب‌رسان با عمل خودکشی در افراد تفاوت وجود دارد. بر اساس دیدگاه فاوازا فردی که قصد خودکشی دارد می‌خواهد به تمام احساسات پایان داده ولی فردی که رفتار خودآسیبی یا خودآسیبی

1. emotion regulation
2. Hasking
3. Guérin-Marion
4. Sorgi
5. Klonsky
6. Andover
7. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
8. American Psychiatric Association
9. Linhan
10. major self--mutilation
11. stereotypic self-mutilation
12. superficial self-mutilation

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

بدون قصد خودکشی انجام می‌دهد تلاش می‌کند که بااحساسات و هیجانات منفی خود کنار بیاید (فاوازا، ۱۹۹۸؛ به نقل از گریوس و دیکمان[1]، ۲۰۱۹).

بر اساس نظریه کرنبرگ[2] علت رفتارهای خود آسیب‌رسان در افراد به علت افزایش نفوذ هیجانات شدید ناپخته می‌باشد که فاقد انسجام هستند و اغلب در ارتباط با به‌هم‌ریختگی‌های عاطفی و رفتارهای مرتبط با آن مانند تظاهرات خشم و رفتارهای خود مخرابانه تکانشی یعنی در سطح سازمان شخصیت مرزی نمود پیدا می‌کند (کرنبرگ، ۲۰۰۴؛ به نقل از احمدی مرویلی و همکاران، ۱۳۹۸). افزون بر این نظریه‌ها، بر اساس نظریه بدتنظیمی هیجانی[3] گراتز و رومر[4] (۲۰۰۴) بدتنظیمی هیجانی مهم‌ترین انگیزه در این رفتارهای خودآسیب رسان، تنظیم هیجانات منفی و ناخوشایند است (خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳). بر اساس این نظریه نوجوانانی دشواری در تنظیم هیجانات بیشتری دارند، دست به رفتارهای خودآسیب رسان بیشتری می‌زند (روبینسون[5] و همکاران، ۲۰۱۹). به‌طوری‌که برای کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان از درمان مبتنی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (گراتز و همکاران، ۲۰۱۹).

در نظریه آبشار هیجانی[6] عاطفه منفی در افراد دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان، آغازگر نشخوار فکری و این خود منجر به تشدید عاطفه منفی و نشخوار فکری بیشتر در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود. این چرخه معیوب که آبشار هیجانی نام دارد، به تجربه ناخوشایندی از هیجان‌های منفی و نشخوار فکری و به دنبال آن رفتارهای آشفته شدیدی نظیر خودزنی، خودآسیبی، استفاده از مواد، روابط مختل، رفتار پرخاشگرانه، قضاوت منفی از خود و فشار روانی پس آسیبی منجر می‌شود. با این رفتارها توجه فرد از عاطفه منفی و افکار نشخواری منحرف می‌شود. به نظر می‌رسد در طی آبشار هیجانی، متغیرهایی نظیر فاجعه‌سازی، نگرانی سرکوب فکر و تحمل پایین پریشانی، با نشخوار فکری تعامل پیدا می‌کند و منجر به حفظ، نگهداری یا تشدید آبشار هیجانی می‌شود (آفتاب و همکاران، ۱۳۹۳).

نظریه دلبستگی بالبی نیز تبیین‌کننده خوبی برای رفتارهای خود آسیب‌رسان است. چراکه رفتار خودآسیب رسان می‌تواند از منشأ تحولی داشته باشد. سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی و اجتنابی نقش مهمی درخطر بروز رفتارهای خودآسیب رسان در آینده فرد ایفا می‌کنند (وارث و آدامز[7]، ۲۰۱۹). نوجوانان با سبک دلبستگی اضطرابی به دلیل عدم احساس امنیت، داشتن شناخت‌های منفی درباره خود و نگرانی برای از دست دادن توجه و محبت دیگران، دست به رفتارهای خودآسیب رسان می‌زنند. به عبارتی سبک دلبستگی اجتنابی نیز به دلیل احساس تنهایی شدید که حاصل راهبردهای تنظیم عواطف غیر از صمیمیت جویی طبیعی است یکی از متغیرهای مهم پیش‌بینی کننده رفتارهای خود آسیب‌رسان در نوجوانان است. نوجوانی که احساس تنهایی و ناامیدی می‌کند به دنبال راهی برای رهایی از بحرانی است که او را شدیداً رنج می‌دهد. تنهایی و ناخواسته بودن علت بروز رفتارهای خودآسیب رسان است. لذا یکی

[1]. Greaves & Dykeman
[2]. Kernberg
[3]. The emotion dysregulation model
[4]. Gratz & Roemer
[5]. Robinson
[6]. emotional cascade model
[7]. Wrath & Adams

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

از مهم‌ترین دیدگاه‌ها در این زمینه نظریه دلبستگی بالبی است که نقش مهم سبک‌های ناایمن را در بروز رفتارهای خودآسیب رسان برجسته کرده است (ناگرا[1] و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به آنچه گفته شد، در پیشینه پژوهش مداخلاتی برای بهبود رفتارهای خودآسیب ارائه‌شده است که در ادامه به یکی از مهم‌ترین آن‌ها پرداخته‌شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان نوعی درمان رفتاری نقش مهمی در کاهش افکار خودکشی و کاهش خودآسیبی افراد دارد (مهلوم[2] و همکاران، ۲۰۱۹). لذا از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بهبود افکار خودکشی و آسیب زنی افراد به خود استفاده می‌شود (آنستیس[3] و همکاران، ۲۰۲۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان بهترین درمان برای بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی مطرح‌شده است و دستاوردهای بیشتری در بهبود بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به سایر مداخلات داشته است. جهت‌گیری نظری این روش به درمان، ترکیبی است از سه موضع نظری عمده؛ علم رفتار[4]، فلسفه دیالکتیک و کاربرد اصول فلسفه شرقی ذن (اسچمیتگن[5] و همکاران، ۲۰۱۹).

رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان درمانی حمایت‌گرانه که مستلزم ارتباطی قوی بین درمان‌جو و درمانگر است می‌تواند باعث رشد مهارت‌های همچون تحمل درماندگی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانات و مهارت کارآمد بین‌فردی در آزمودنی‌ها گردد. در رفتاردرمانی دیالکتیک اعتقاد بر این است که برای رسیدن به درمان مؤثر هم نباید به توانمندی‌ها و نقایص در مهارت‌های رفتاری مراجع توجه کنیم و هم به مسائل انگیزشی و عملکرد رفتاری که مانع از کاربرد پاسخ‌های مهارتی (ماهرانه) توسط او می‌شود. به‌طوری‌که با ارائه راهکارهای جدید برای تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا بهتر باتجربه‌های دردناک زندگی کنار بیایند. همچنین بجای تمرکز روی تجربه‌های دردناک گذشته یا اتفاق‌های وحشتناک احتمالی آینده، لحظه فعلی را کامل‌تر تجربه کنند (حسنی و همکاران، ۱۳۹۸).

مارشال لینهان در سال ۱۹۹۳ رفتاردرمانی دیالکتیکی را برای درمان افراد با تهدید به خودکشی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع کردند (راتوس[6] و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع این رویکرد، همدلی و پذیرش مراجع‌محور را با حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی دیدگاه شناختی و رفتاری درهم می‌آمیزد. نظریه مبنای این رویکرد می‌گوید برخی از افراد مستعد آن هستند که به برخی از موقعیت‌های هیجانی به شیوه‌ای شدید و نامعمول واکنش نشان دهند. موقعیت‌هایی که بیشتر در روابط عاطفی، خانوادگی یا دوستانه یافت می‌شوند. نظریه رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌گوید سطح برانگیختگی برخی افراد در چنان موقعیت‌هایی و در مقایسه با میانگین مردم سریع‌تر افزایش پیدا می‌کند، به سطح بالاتری از تحریک هیجانی می‌رسد و مدت‌زمانی بیشتری طول می‌کشد تا به سطح برانگیختگی پایه بازگردد (حسنی و همکاران، ۱۳۹۸).

[1]. Nagra
[2]. Mehlum
[3]. Anestis
[4]. behavior science
[5]. Schmitgen
[6]. Rathus, Berk & Walker

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

در واقع بارزترین، تفاوت رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان‌های شناختی رفتاری تأکید آن بر تنظیم هیجان و بد تنظیمی هیجانی است؛ بدتنظیمی هیجانی شامل همان رفتارهای ناکارآمدی است که بیمار در طول جلسه درمان ممکن است از خود نشان دهد (لینچ[1] و همکاران، ۲۰۰۶). این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی و رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه‌ها و فنون فلسفه‌ی 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 (ذهن‌آگاهی[2]) و تحمل پریشانی[3] به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجان[4] و کارآمدی بین فردی[5] به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر در نظر گرفته‌شده‌اند که در ادامه به بررسی این مؤلفه‌ها پرداخته می‌شود.

ذهن‌آگاهی به‌عنوان حالت توجه عمدی و آگاهی ازآنچه در لحظه کنونی و زمان حال اتفاق می‌افتد، تعریف‌شده است که در این تعریف توجه باید خالی از قضاوت در مورد تجارب درونی و عدم واکنش به آن تجارب باشد (کونرسانو[6] و همکاران، ۲۰۲۰). اساس دیدگاه کابات‌زین بهشیاری را به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی ازآنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف‌شده است؛ البته توجه در این تعریف، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی. به‌عبارتی‌دیگر به هوشیاری به معنای توجهِ عمدی و تمرکزی پذیرا و بدون قضاوت به رخ دادن افکار، هیجان‌ها و احساسات در زمان حال است (سلاجقه، امامی‌پور و نعمت‌زاده ماهانی، ۱۳۹۸). هسته درمان ذهن‌آگاهی بر آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی و کاربردهای آن برای زندگی روزانه و مقابله با استرس، بیماری و درد متمرکز است، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مداخله‌ای رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می‌باشد. تمرینات به‌صورت تمرکز بر روی افکار، احساسات و ادراک انجام می‌شود. این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس تا تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌گردد، با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس‌زا و افزایش توانایی آن‌ها در کنترل زندگی، به افراد کمک می‌نماید (حربی و همکاران، ۱۳۹۹).

تحمل پریشانی به میزانی که یک فرد قادر به تحمل حالت‌های روان‌شناختی و یا جسمانی منفی است اشاره می‌کند. به‌عبارتی‌دیگر، تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی و ظرفیت برای تحمل کردن، تاب آوردن و ایستادگی در برابر هیجانات منفی و ناسازگارانه تعریف‌شده است (روگرز[7] و همکاران، ۲۰۲۰). تحمل پریشانی، از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی[8] است. تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). تحمل پریشانی که ممکن است درنتیجه فرآیندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود، به‌صورت حالتی هیجانی است که اغلب با تمایلات عملی برای کاهش اثرات منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). تحمل پریشانی، ظرفیت فرد در تحمل

[1]. Lynch
[2]. mindfulness
[3]. distress tolerance
[4]. emotion regulation
[5]. interpersonal effectiveness
[6]. Conversano
[7]. Rogers
[8]. affect dysregulation

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

تجارب و حالت‌های ناخوشایند درونی مانند هیجان‌های منفی، ناامیدی و ناراحتی‌های جسمانی تعریف‌شده است. تحمل پریشانی به دو شکل بروز و ظهور می‌نماید یک‌شکل آن، به توانایی فرد در تحمل هیجانات منفی اشاره دارد و شکل دیگر، تظاهرات رفتاری تحمل حالت‌های درونی ناخوشایندی است که به‌وسیله موقعیت‌های مختلف تنش‌زا فراخوانده می‌شود (اسلیریگ[1] و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از رضاپور میرصالح و اسماعیل بیگی، ۱۳۹۶). به‌عبارتی‌دیگر، تحمل پریشانی به‌عنوان یک توانایی عینی و ذهنی تعریف‌شده است که تاب‌آوری افراد را برای حفظ حالات درونی و رویدادهای بیرونی افزایش می‌دهد (روبینسون[2] و همکاران، ۲۰۱۹).

تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای آگاه، خاص و شناختی اشاره دارد که در پاسخ به وقایع استرس‌زا، باهدف مدیریت هیجان مورداستفاده قرار می‌گیرند (گرانفسکی و کرایج[3]، ۲۰۰۷). تنظیم هیجان‌ها به‌صورت شناختی با زندگی انسان در رابطه می‌باشد (چامیزو-نیتو[4] و همکاران، ۲۰۲۰) و به مردم کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را در هنگام مواجهه یا پس از مواجهه با حوادث تهدیدکننده یا استرس‌زا مدیریت کنند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). تنظیم شناختی هیجان گام اول در زمینه شناسایی راهبردهای مقابله با رویدادهای تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی بود و نُه راهبرد متفاوت شناختی را در برمی‌گیرد (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۱۴). در زمینه ادبیات پژوهشی تنظیم هیجان، بررسی راهبردهای شناختی نسبت به راهبردهای رفتاری، توجه بیشتری را به خود معطوف نموده است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). به‌طوری‌که می‌توان گفت تنظیم هیجان بر اساس راهبردهای رفتاری تا حدودی مورد غفلت واقع‌شده است (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۰۷). ازآنجاکه تفکر و عمل دو فرایند متفاوت‌اند که در زمان‌های مختلفی مورداستفاده قرار می‌گیرند، نباید راهبردهای مقابله شناختی و رفتاری را در یک دسته قرار داد و یا دارای ابعاد مشابه فرض نمود. بااین‌وجود، هر دو راهبرد شناختی و رفتاری فرایندهای تنظیمی محسوب می‌گردند (کرایج و گرانفسکی، ۲۰۱۹)، که می‌توانند به‌صورت خودکار یا کنترل‌شده، آگاهانه یا ناآگاهانه صورت گیرند و شامل تغییرات طولانی‌مدت می‌شوند که افراد را قادر می‌سازند تا رفتارشان را با اهداف شخصی و خواسته‌های محیطی هماهنگ کنند (فیوره[5] و همکاران، ۲۰۱۴).

مؤلفه مهارت‌های بین‌فردی به‌عنوان مؤلفه مبتنی بر تغییر مطرح‌شده است. توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن و عزت‌نفس از این مهارت‌ها مهم هستند. ابراز وجود و جرأت داشتن یکی از مؤلفه‌های توانمندی اجتماعی است که به افراد کمک می‌کند تا بتوانند با دشواری‌های زندگی روزمره مقابله کنند و با موقعیت‌های مسئله‌زا کنار آیند. ابراز وجود به افراد کمک می‌کند تا آزادانه و صادقانه بدون اضطراب و نگرانی بی‌مورد در عین حفظ حقوق دیگران، عقاید، نیازها و حقوق خود را بیان کنند (اسکین[6]، ۲۰۰۳؛ به نقل از هارون رشیدی و کاظمیان مقدم، ۱۳۹۷). عزت‌نفس، پدیده‌ای روان‌شناختی است (روزنتال[7] و همکاران، ۲۰۲۰) که

1. O'Cleirigh, Ironson & Smits
2. Robinson
3. Spinhoven & Kraaij
4. Chamizo-Nieto
5. Fiore
6. Eskien
7. Rosenthal

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

تأثیر قاطعی بر ابعاد عاطفی و شناختی انسان دارد (ولز[1] و همکاران، ۲۰۲۰) و کارکرد آن در مقابله با فشارهای زندگی به‌عنوان یک منبع مؤثر و مهم شناخته می‌شود (تام[2] و همکاران، ۲۰۲۰). عزت‌نفس نقش مهمی در سلامت و بهزیستی افراد دارد، به‌طوری‌که افرادی که از سطح پایین‌تری از عزت‌نفس برخوردار هستند، مشکلات هیجانی، روان‌شناختی و جسمانی بیشتری نسبت به افراد با عزت‌نفس بالا برای آن‌ها پیش می‌آید (آدامسون[3] و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین عزت‌نفس نقش مهمی در کاهش استرس (آگانه[4] و همکاران، ۲۰۲۰) و مقابله با مشکلات دارد (شروت و ویگل[5]، ۲۰۲۰). با توجه به آنچه گفته شد سؤال پژوهش آن است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر ازنظر هدف کاربردی و ازنظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اردبیل در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه‌گیری در طی دو مرحله صورت گرفت در مرحله اول به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر داوطلب انتخاب شدند و این ۳۰ نفر در مرحله دوم به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه تقسیم شدند (۱۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر به‌عنوان گروه کنترل). ازآنجایی‌که در تحقیقات مشابه و منابع روش تحقیق حجم هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد گردیده است (سرمد و همکاران، ۱۳۹۸)، در این پژوهش نیز حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. گروه آزمایش به شیوه آنلاین و از طریق برنامه شاد (شبکه اجتماعی دانش‌آموزی) جلسات را به‌صورت هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کردند. عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، استفاده همزمان از دیگر درمان‌های روان‌شناختی یا آموزشی غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق افراد نمونه، توضیح هدف تحقیق برای آنان، کسب رضایت آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از تحقیق، بدون ضرر بودن درمان موردنظر، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به دانش‌آموزان و همچنین از ارائه جلسات درمانی به‌صورت فشرده به افراد گروه کنترل بعد از اجرای پس‌آزمون از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکوا) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

1. Wells
2. Tam
3. Adamson
4. Angane
5. Shrout & Weigel

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جدول ۱. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی اقتباس از نئاکسیو و همکاران (۲۰۱۰)

جلسه	محتوی جلسه
اول	درمان با تعریف دیالکتیکی، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز گردید.
دوم	آموزش مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر. مهارت‌های «چه چیز» از طریق مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن در گروه.
سوم	تمرکز مهارت‌های «چگونه» که عبارت است از عدم قضاوت، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن.
چهارم	تمرین بر روی پرت کردن حواس، قدرت تحمل اضطراب، خود تسکین دهندگی با حواس پنج گانه.
پنجم	مرکز بر نقش فنون سود و زیان و پذیرش‌های رادیکالی و بهبود لحظات.
ششم	اعتباربخشی و خود اعتباربخشی، دلایل اهمیت آن در زندگی و تأثیرات آن‌ها بر روی احساسات و خود نظم‌بخشی.
هفتم	آموزش انجام فنون مبتنی بر توضیح و بیان روشن احساسات، تقویت احساس سالم، خود هوشیاری، دارا بودن اعتمادبه‌نفس در زمان مذاکره، هم‌چنین روش مسلط بودن بر خود و پذیرش هیجانات در صورت منفی بودن
هشتم	انجام تکنیک مهارت‌های ارتباطی آرام بودن، پذیرا بودن، ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه‌مدت و بلندمدت، هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانات و تغییر دادن هیجانات منفی.

ابزار پژوهش

سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان[1] (ISAS) کلونسکی و گلین[2] (۲۰۰۹): این سیاهه ۱۳ کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان را به‌وسیله ۳۹ سوال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل کلی کارکردهای درون فردی[3] با سوالات ۱، ۳، ۵، ۶، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۲ و ۳۷؛ و کارکردهای بین فردی[4] با سوالات ۲، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۸ و ۳۹ را اندازه‌گیری می‌کند (کیم[5] و همکاران، ۲۰۱۹). نمرات به‌صورت لیکرت سه گزینه‌ای از کاملاً غیر مرتبط صفر، تاحدی مرتبط ۱ نمره و کاملاً مرتبط ۲ نمره درجه‌بندی‌شده است. بنابراین هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند (پیمان نیا و همکاران، ۱۳۹۷). در یک پژوهش روایی صوری و محتوایی این سیاهه با نظر اساتید دانشگاه مورد تائید قرارگرفته است و همچنین برای بررسی همسانی درونی سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه‌شده است (پیمان نیا و همکاران، ۱۳۹۷). سازندگان سیاهه آلفای کرونباخ برای کارکردهای درون فردی ۰/۸۷ و کارکردهای بین فردی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (کلونسکی و گلین، ۲۰۰۹). در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۸۸ به‌دست‌آمده است (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۰). در خارج از کشور برای بررسی اعتبار سیاهه از روش بازآزمایی استفاده‌شده است که ضریب ۰/۸۵ به‌دست‌آمده است (داوکینز، هاسکینگ، بویز، گرین و پاسچیر[6]، ۲۰۱۹). در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ

[1]. inventory of statements about self-injury (ISAS)
[2]. Klonsky & Glenn
[3]. intrapersonal functions
[4]. interpersonal functions
[5]. Kim
[6]. Dawkins

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ محاسبه‌شده است (کیم و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر، برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب آلفای کرونباخ مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۲ و مرحله پس‌آزمون ۰/۹۰ محاسبه و به‌دست‌آمده است.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار رفتارهای خودآسیب رسان گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کارکردهای درون فردی	میانگین	۲۳/۴۰	۱۹/۸۰	۲۳/۱۳	۲۲/۶۷
	انحراف معیار	۲/۵۵۸	۳/۳۴۲	۲/۵۸۸	۲/۸۴۵
کارکردهای بین فردی	میانگین	۳۸/۰۷	۳۲/۲۰	۳۷/۸۷	۳۶/۸۷
	انحراف معیار	۶/۱۵۸	۵/۸۴۶	۵/۴۳۶	۵/۹۷۵

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار رفتارهای خودآسیب رسان در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. در جدول ۳- نتایج نرمال بودن متغیرهای وابسته آمده است.

جدول ۳. نتیجه آزمون شاپیرو-ویلکز، چولگی و کشیدگی برای نرمال بودن توزیع نمرات

متغیرهای پژوهش	آماره نرمال بودن	معناداری	چولگی	کشیدگی
کارکردهای درون فردی	۰/۱۱۴	۰/۲۰۰	-۰/۰۸۹	-۰/۹۶۱
کارکردهای بین فردی	۰/۱۸۷	۰/۰۵۹	-۰/۹۵۸	۰/۴۲۲

نتایج جدول ۳- آزمون شاپیرو-ویلکز را نشان می‌دهد. از آنجایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند (P>۰/۰۵)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین با توجه به اینکه قرار گرفتن مقدار چولگی و کشیدگی یا هر دو در دامنه ۲± بیانگر نزدیک به نرمال بودن توزیع نمرات است، می‌توان گفت که مفروضه نرمال بودن در مورد داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. در جدول ۴- نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون ام باکس مبنی بر همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

متغیر وابسته	آماره آزمون ام باکس	آماره آزمون F	سطح معناداری
رفتارهای خودآسیب رسان	۸/۰۴۳	۲/۵۲۸	۰/۰۵۵

بر اساس داده‌های جدول ۴- نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین داده‌های تحقیق فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سؤال نبرده است؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است. در جدول ۵-همگنی واریانس‌ها[1] بررسی‌شده است.

[1]. homogeneity of variance

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول ۵. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی خطای واریانس‌ها

متغیرهای وابسته	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
کارکردهای درون فردی	۰/۶۴۴	۱	۲۸	۰/۴۲۷
کارکردهای بین فردی	۰/۹۴۰	۱	۲۸	۰/۳۳۸

جدول ۵- نتایج آزمون لوین را نشان می‌دهد و چون سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین شرط همگنی واریانس خطاها رعایت شده است. در جدول ۶- مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیون[1] موردبررسی قرارگرفته است.

جدول ۶. نتایج همگنی شیب‌خط رگرسیون

متغیرهای پژوهش	منبع تغییرات	آماره آزمون F	معناداری
کارکردهای درون فردی	گروه* پیش‌آزمون	۴/۲۵۴	۰/۰۵۶
کارکردهای بین فردی	گروه* پیش‌آزمون	۱/۶۰۸	۰/۲۱۳

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۶- سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. ازآنجایی‌که تعامل غیر معنی‌داری بین متغیر مستقل (گروه) و پیش‌آزمون مشاهده شد، بنابراین فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش پذیرفته می‌شود. ازآنجایی‌که پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون برقرار می‌باشد، لذا می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل‌اطمینان می‌باشد. در ادامه به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب رسان با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) پرداخته‌شده است که نتایج آن در جدول ۷ و ۸ آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون‌های چندمتغیره پس‌آزمون رفتارهای خودآسیب رسان

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۳۳۷	۶/۳۶۲	۰/۰۰۶	۰/۳۳۷	۰/۸۶۱
لامبدای ویلکز	۰/۶۶۳	۶/۳۶۲	۰/۰۰۶	۰/۳۳۷	۰/۸۶۱
اثر هتلینگ	۰/۵۰۹	۶/۳۶۲	۰/۰۰۶	۰/۳۳۷	۰/۸۶۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۵۰۹	۶/۳۶۲	۰/۰۰۶	۰/۳۳۷	۰/۸۶۱

نتایج جدول ۷- بیانگر آن است که لامبدای ویلکز (Sig=۰/۰۰۶ و F=۶/۳۶۲) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل ازلحاظ پس‌آزمون کنترل رفتارهای خودآسیب رسان با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل دریکی از متغیرهای وابسته ایجادشده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۷۰/۵ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. بعدازاین، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیر وابسته (رفتارهای خودآسیب رسان) به‌طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده‌شده است که نتایج آن در جدول ۸-ارائه‌شده است.

[1]. homogeneity of regression

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول ۸. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمرات پس‌آزمون رفتارهای خودآسیب رسان

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
کارکردهای درون فردی	۷۱/۳۷۶	۱	۱۳/۲۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۷	۰/۹۳۸
کارکردهای بین فردی	۱۷۶/۵۵۸	۱	۹/۶۴۲	۰/۰۰۵	۰/۲۷۱	۰/۸۴۸

چنانچه در جدول ۸- مشاهده می‌شود استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود کارکردهای درون فردی (Sig=۰/۰۰۱ و F=۱۳/۲۲۸) و بهبود کارکردهای بین فردی (Sig=۰/۰۰۵ و F=۹/۶۴۲) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تائید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر بود. نتایج بیانگر این بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر به‌طور معناداری بهبود بخشد. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای بهبود رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی‌گرا در نوجوانان دختر مورداستفاده قرار گیرد. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات اسچمیتگن و همکاران (۲۰۱۹) می‌تواند همسویی داشته باشد. ازجمله تبیین‌های احتمالی که در مورد اثربخشی مناسب درمان دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان، وجود پاره‌ای از ویژگی‌های متمایزکننده این درمان است: ازجمله ۱-بازنگری دائمی درخطر رفتارهایی نظیر خودزنی در سرتاسر برنامه درمانی؛ ۲- تمرکز آشکار بر اصلاح این رفتارها در اولین مرحله درمان؛ ۳- تشویق آزمودنی‌ها برای مشاوره گرفتن از درمانگر از طریق تلفن به‌خصوص به هنگام برانگیخته شدن رفتار خودآسیب زنی. که وجود این ویژگی‌ها در درمان دیالکتیکی به گروه آزمایش کمک می‌نماید تا رفتارهای خود آسیب‌رسانی را مجدداً بازنگری نموده و در هنگام تنش به دنبال رفتارهای سازنده و نه مخرب برای کاهش این تنش‌ها باشند (یاس‌فرد و همکاران، ۱۳۹۸). در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به دانش‌آموزان دختر شهر اردبیل بوده است، بنابراین استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان دختر در دیگر شهرها باید محتاطانه عمل نمایند. محدود بودن ابزار پژوهش به ابزارهای خود گزارشی (پرسشنامه) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ ممکن است دانش‌آموزان دختر خواسته باشند خود را بهتر ازآنچه هستند خود نشان دهند و در پاسخ به سؤالات سوگیری داشته باشند و یا با بی‌دقتی پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده باشند؛ ممکن است این بی‌دقتی و یا سوگیری آزمودنی‌ها نتایج این تحقیق را تحت تأثیر این نکته قرارگرفته باشد. برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود دانشجویان و پژوهشگران در آینده چنین پژوهش‌هایی را در سایر شهرها بر روی دانش‌آموزان به‌ویژه پسران تکرار کنند تا شواهد بیشتری از روابط به‌دست‌آمده فراهم شود. در پژوهش‌های آتی در صورت امکان علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده گردد تا داده‌ها با دقت بیشتری جمع‌آوری شود. به این صورت که با مصاحبه بر روی دانش‌آموزان، تجارب زیسته آنان از رفتارهای خود آسیب‌رسان آنان جمع‌آوری شود و بر اساس مضامین گردآوری‌شده سوالات طراحی و متناسب با آن درمان‌هایی مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی به این دانش‌آموزان ارائه گردد. مشاوران و روانشناسان بالین می‌تواند با تأکید بر رفتاردرمانی دیالکتیکی با برگزاری کارگاه‌ها و جلسات آموزشی در مراکز مشاوره به این دانش‌آموزان دارای رفتارهای خودآسیب رسان کمک کنند.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

منابع

- احمدی مرویلی، ناهید؛ میرزاحسینی، حسن؛ و منیرپور، نادر. (۱۳۹۸). نقش سازمان شخصیت و سبک‌های دلبستگی در گرایش نوجوانان به رفتارهای خودآسیب رسان و خودکشی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۵(۳)، ۲۲-۱۴.
- آفتاب، رویا؛ کربلایی، محمد؛ و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۳). تفاوت‌های جنسیتی در مدل ساختاری شخصیت مرزی، راهبردهای تنظیم هیجانی و خشونت خانگی. *فصلنامه علمی و پژوهشی اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۱۶-۷.
- بهرامی آرامی، مریم؛ و آهنگری، الهه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خود آسیب‌رسان دختران مقطع متوسطه اول (مورد مطالعه: شهر کاشمر). *فصلنامه علمی پلیس زن*، ۱(۲۸)، ۳۸-۲۲.
- پورشهریار، حسین؛ علیزاده، حسین؛ و رجایی‌نیا، کاظم. (۱۳۹۷). تجربه آزار هیجانی کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴(۲)، ۱۶۳-۱۴۸.
- پیمان‌نیا، بهرام؛ حمید، نجمه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ و محمود علیلو، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۳(۴)، ۱۸-۸.
- پیمان‌نیا، بهرام؛ حمید، نجمه؛ و محمود علیلو، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب رسان و کیفیت زندگی دانش آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۵(۱)، ۴۴-۲۳.
- پیوسته‌گر، مهرانگیز. (۱۳۹۲). شیوع رفتار خود آسیبی عمدی و رابطه آن بااحساس تنهایی و سبک دلبستگی در دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۹(۳)، ۵۴-۳۰.
- حربی، انسیه؛ اورکی، محمد؛ علیپور، احمد؛ قائمی، فاطمه. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی وابسته به دیابت در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۹۵)، ۱۴۶۴-۱۴۵۳.
- حسنی، معصومه؛ غفاری، عذرا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ و تکلوی، سمیه. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف-پذیری شناختی، حس پیوستگی و تعاملات زناشویی در زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه علمی و پژوهشی پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۴(۵۳)، ۱۰۶-۸۹.
- خانی‌پور، حمید؛ حکیم شوشتری، میترا؛ برجعلی، احمد؛ گلزاری، محمود؛ و فلسفی‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۳). رابطه نقص کنترل تکانه و خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: اثر واسطه‌ای خودبی‌کفایت‌پنداری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۰(۴)، ۳۴۸-۳۳۹.
- رضاپورمیرصالح، یاسر؛ و اسماعیل بیگی، منیره. (۱۳۹۶). رابطه بین انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی با میانجی‌گری جهت‌گیری منفی به مشکل نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست. *فصلنامه علمی و پژوهشی مددکاری اجتماعی*، ۶(۳)، ۳۱-۲۲.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ و حجازی، الهه. (۱۳۹۸). *روش های تحقیق در علوم رفتاری*. ویرایش جدید. تهران؛ انتشارات آگاه. (تعداد صفحات ۴۰۶).
- سلاجقه، سوزان؛ امامی‌پور، سوزان؛ و نعمت‌زاده ماهانی، کاظم. (۱۳۹۸). الگوی ساختاری روابط بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان سینه. *فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۳*(۴۹)، ۹۸-۷۷.
- نوروزی، خدیجه؛ مجتبایی، مینا؛ و صابری، هایده. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش یوگا مبتنی بر ذهن آگاهی و مدیریت خود بر رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان. *نشریه علمی و پژوهشی پژوهش پرستاری، ۱۶*(۳)، ۵۸-۴۷.
- هارون رشیدی، همایون؛ و کاظمیان مقدم، کبری. (۱۳۹۷). رابطه الگوهای ارتباطی، انعطافپذیری و انسجام خانواده با جرأت ورزی دانشآموزان دختر. *فصلنامه علمی و پژوهشی فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده، ۱۳*(۴۴)، ۱۸۳-۱۶۵.
- یاس فرد، غزال؛ عباسپور آذر، زهرا؛ و حسینی المدنی، سیدعلی. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان کوتاه مدت راه حل محور بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خود جرحی غیرخودکشی در دختران. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۷*(۴)، ۳۵۸-۳۴۳.

- Adamson, J., Ozenc, C., Baillie, C., & Tchanturia, K. (2019). Self-Esteem Group: Useful Intervention for Inpatients with Anorexia Nervosa. *Brain sciences*, *9*(1), 12.
- Ahemaitijiang, N., Hu, X., Yang, X., & Han, Z. R. (2020). Effects of meditation on the soles of the feet on the aggressive and destructive behaviors of Chinese adolescents with autism spectrum disorders. *Mindfulness*, *11*(1), 230-240.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *6*(1), 11-17.
- Anestis, J. C., Charles, N. E., Lee-Rowland, L. M., Barry, C. T., & Gratz, K. L. (2020). Implementing dialectical behavior therapy skills training with at-risk male youth in a military-style residential program. *Cognitive and Behavioral Practice*, *27*(2), 169-183.
- Angane, A. Y., Kadam, K. S., Ghorpade, G. S., & Unnithan, V. B. (2020). Unraveling the net of self-esteem, stress, and coping skills in the era of internet addiction. *Annals of Indian Psychiatry*, *4*(1), 70.
- Bryan, C. J., Bryan, A. O., Anestis, M. D., Anestis, J. C., Green, B. A., Etienne, N., & Ray-Sannerud, B. (2016). Measuring moral injury: Psychometric properties of the moral injury events scale in two military samples. *Assessment*, *23*(5), 557-570.
- Cassiello-Robbins, C., Wilner, J. G., Peters, J. R., Bentley, K. H., & Sauer-Zavala, S. (2019). Elucidating the relationships between shame, anger, and self-destructive behaviors: The role of aversive responses to emotions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12(*1), 7-12.
- Chamizo-Nieto, M. T., Rey, L., & Sánchez-Álvarez, N. (2020). Validation of the spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in adolescents. *Psicothema*, *32*(1), 153-159.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, age and gender as protective factors against psychological distress during Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, *11*(1), 1-10.
- Dandona, A., & Sharma, S. (2020). Substance Abuse: A Self Destructive Habit of Adolescents. *Tathapi with ISSN 2320-0693 is an UGC CARE Journal*, *19*(8), 657-672.
- Dawkins, J. C., Hasking, P. A., Boyes, M. E., Greene, D., & Passchier, C. (2019). Applying a cognitive-emotional model to nonsuicidal self-injury. *Stress and Health*, *35*(1), 39-48.
- Fiore, F., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2014). Emotional dysregulation and anxiety control in the psychopathological mechanism underlying drive for thinness. *Frontiers in psychiatry*, 5*(1)*, 43-51.
- Flowers, J., Lantz, J., Hamlin, T., & Simeonsson, R. J. (2020). Associated factors of self-injury among adolescents with autism spectrum disorder in a community and residential treatment setting. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-18.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141-149.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2014). Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies?. *Journal of Adolescence*, *37*(7), 1153-1160.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, *30*(8), 1311-1327.
- Gayfer, B. L., Mahdy, J. C., & Lewis, S. P. (2020). Peer reactions to non-suicidal self-injury disclosures: a thematic analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, *33*(1), 79-99.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*, *18*(3), 375-378.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54.
- Gratz, K. L., Bjureberg, J., Sahlin, H., & Tull, M. T. (2019). Emotion Regulation Group Therapy for Nonsuicidal Self-injury. *Nonsuicidal Self-Injury: Advances in Research and Practice*, *1*(1), 1-10.
- Greaves, M. M., & Dykeman, C. (2019). A corpus linguistic analysis of public Reddit blog posts on non-suicidal self-injury. *arXiv preprint arXiv*, 1(1), 1-21.
- Guérin-Marion, C., Martin, J., Lafontaine, M. F., & Bureau, J. F. (2020). Invalidating caregiving environments, specific emotion regulation deficits, and non-suicidal self-injury. *Child Psychiatry & Human Development*, *51*(1), 39-47.
- Hasking, P., Dawkins, J., Gray, N., Wijeratne, P., & Boyes, M. (2020). Indirect Effects of Family Functioning on Non-Suicidal Self-Injury and Risky Drinking: The Roles of Emotion Reactivity and Emotion Regulation. *Journal of Child and Family Studies*, *1*(1), 1-10.
- Huntjens, A., Van Den Bosch, L. W., Sizoo, B., Kerkhof, A., Huibers, M. J., & Van Der Gaag, M. (2020). The effect of dialectical behaviour therapy in autism spectrum patients with suicidality and/or self-destructive behaviour (DIASS): study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, *20*(1), 1-11.
- Kim, J. S., Kang, E. S., Bahk, Y. C., Jang, S., Hong, K. S., & Baek, J. H. (2020). Exploratory analysis of behavioral impulsivity, pro-inflammatory cytokines, and resting-state frontal EEG

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

activity associated with non-suicidal self-injury in patients with mood disorder. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 124.

- Kim, S., Kim, Y., & Hur, J. W. (2019). Nonsuicidal self-injury among Korean young adults: a validation of the Korean version of the inventory of statements about self-injury. *Psychiatry investigation*, *16*(4), 270-285.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *31*(3), 215-219.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, *122*(1), 231-242.
- Kolbeck, K., Moritz, S., Bierbrodt, J., & Andreou, C. (2019). Borderline Personality Disorder: Associations Between Dimensional Personality Profiles and Self-Destructive Behaviors. *Journal of personality disorders*, *33*(2), 249-261.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *137*, 56-61.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 459-480.
- Maksimova, N., Nikolaev, E., Petunova, S., Zakharova, A., Lazareva, E., Dulina, G., & Velieva, S. (2019). Body Modification and Self-Destructive Behavior in Adolescents: Psychological Manifestations. In *2019 International Conference on Pedagogy, Communication and Sociology (ICPCS 2019)*. Atlantis Press.
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., & Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(10), 1112-1122.
- Nagra, G., Lin, A., & Upthegrove, R. (2016). What bridges the gap between self-harm and suicidality: the role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*, 10-1016.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, *48*(9), 832-839.
- Rathus, J. H., Berk, M., & Walker, A. S. (2019). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Multiproblem Adolescents. *Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents: Translating Science Into Practice*, 87.
- Robinson, K., Garisch, J. A., Kingi, T., Brocklesby, M., O'Connell, A., Langlands, R. L., & Wilson, M. S. (2019). Reciprocal risk: The longitudinal relationship between emotion regulation and non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, *47*(2), 325-332.
- Robinson, M., Ross, J., Fletcher, S., Burns, C. R., Lagdon, S., & Armour, C. (2019). The mediating role of distress tolerance in the relationship between childhood maltreatment and mental health outcomes among university students. *Journal of interpersonal violence*, *1*(1), 1-36

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Rogers, T. A., Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Benfer, N. (2020). Factor structure and incremental utility of distress tolerance scale: a bifactor analysis. *Assessment*, *27*(2), 297-308.
- Rosenthal, S. A., Hooley, J. M., Montoya, R. M., van der Linden, S. L., & Steshenko, Y. (2020). The narcissistic grandiosity scale: A measure to distinguish narcissistic grandiosity from high self-esteem. *Assessment*, *27*(3), 487-507.
- Schmitgen, M. M., Niedtfeld, I., Schmitt, R., Mancke, F., Winter, D., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2019). Individualized treatment response prediction of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder using multimodal magnetic resonance imaging. *Brain and behavior*, *1*(2), 1-12.
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*(2), 167-171.
- Shrout, M. R., & Weigel, D. J. (2020). Coping with infidelity: The moderating role of self-esteem. *Personality and Individual Differences*, *154*, 109631.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
- Sorgi, K. M., Ammerman, B. A., Cheung, J. C., Fahlgren, M. K., Puhalla, A. A., & McCloskey, M. S. (2020). Relationships between non-suicidal self-injury and other maladaptive behaviors: beyond difficulties in emotion regulation. *Archives of suicide research*, 1(1), 1-22.
- Tam, C. C., Benotsch, E. G., & Li, X. (2020). Self-Esteem and Non-Medical Use of Prescription Drugs among College Students: Coping as a Mediator. *Substance Use & Misuse*, *55*(8), 1309-1319.
- Wells, A. E., Hunnikin, L. M., Ash, D. P., & Van Goozen, S. H. (2020). Low self-esteem and impairments in emotion recognition predict behavioural problems in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Wetterborg, D., Dehlbom, P., Långström, N., Andersson, G., Fruzzetti, A. E., & Enebrink, P. (2020). Dialectical behavior therapy for men with borderline personality disorder and antisocial behavior: A clinical trial. *Journal of Personality Disorders*, *34*(1), 22-39.
- Wrath, A. J., & Adams, G. C. (2019). Self-injurious behaviors and adult attachment: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *23*(4), 527-550.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]