

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران

مجید صفاری نیا^۱، منصوره نیکو گفتار^۲، ارمغان دماوندیان^۳

تاریخ وصول: ۹۲/۸/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، تعیین میزان اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران بود. این مطالعه نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. نمونه مورد مطالعه این پژوهش را ۳۰ نوجوان خود-آسیب رسان ۱۲ تا ۱۸ سال مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران تشکیل دادند. از سیاهه خود گزارشی خود-آسیب رسانی کلونسکی و گلن جهت جمع آوری 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 ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای ۱ جلسه اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها علاوه بر روش های آمار توصیفی (طبقه بندی و توصیف اطلاعات) از تحلیل کواریانس استفاده شد.

نتایج تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیک به روش گروهی بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت موثر است. همچنین تاثیر رفتار درمانی

۱. دانشیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران m.saffarinia@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران Mnikoogoftar@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول) armaghan_dm@yahoo.com

دیالکتیک بر کاهش کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت موثر است.

واژگان کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیک، رفتارهای خود-آسیب رسان، کارکرد درون فردی رفتار خود-آسیب رسان، کارکرد بین فردی رفتار خود-آسیب رسان، نوجوانان بزهکار.

مقدمه

رفتار خود-آسیب رسان^۱ به عنوان تخریب یا تغییر عمدی بافت های بدن که منجر به آسیب به بافت ها می شود، تعریف شده است (فاوازا^۲، ۱۹۹۸؛ وینچل^۳ و استانلی^۴، ۱۹۹۱). این اصطلاح شامل رفتارهای خود زنی و بسیاری از اشکال غیر مستقیم آسیب به بدن است (کلیس^۵ و وندریچن^۶، ۲۰۰۷). رفتار خود-آسیب رسان در نوجوانان همه فرهنگ ها وجود دارد (هیس^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شده در ژاپن (ایزوتسو^۸ و همکاران، ۲۰۰۶) و ترکیه (زرگلو^۹ و همکاران، ۲۰۰۳)، نرخ شیوع رفتار خود آسیب رسان را بین ۱۰ تا ۲۰ درصد نشان می دهد (میلر^{۱۰} و بروک^{۱۱}، ۲۰۱۱). همچنین شیوع این اختلال در بیماران روانپزشکی ۴.۳٪ تا ۱۷٪ (فلدمن^{۱۲}، ۱۹۹۸؛ هایس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۱)؛ دانشجویان ۱۴٪ تا ۳۵٪ (فاوازا^{۱۴}، ۱۹۹۲؛ گریترز^{۱۵}، ۲۰۰۱)؛ و در جمعیت عمومی ۴٪ (بریر^{۱۶} و گیل^{۱۷}، ۱۹۹۸) گزارش شده است. در اکثر

-
1. self-harm behavior
 2. Favazza
 3. Winchel
 4. Stanley
 5. Claes
 6. Vandereycken
 7. Heath
 8. Izutsu
 9. Zoroglu
 10. Miller
 11. Brock
 12. Feldman
 13. Huyse
 14. Favazza
 15. Gratz
 16. Briere
 17. Gil E.

نوجوانان، رفتار خود-آسیب‌رسان بین سنین ۱۳ تا ۱۵ سالگی آغاز می‌شود (مولنکامپ^۱ و گوتیرز^۲، ۲۰۰۷)، اگرچه شواهدی وجود دارند که در بخش قابل‌توجهی از جوانان زودتر شروع می‌شود (هیس و همکاران، ۲۰۰۸)؛ به‌عنوان مثال، راس^۳ و هیس (۲۰۰۲) در تحقیق خود در مورد دانش‌آموزان دبیرستانی، دریافتند که ۲۵ درصد از دانش‌آموزان، برای اولین بار قبل از سن ۱۲ سالگی به آن مبتلا شدند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که افرادی که در سنین پایین خود زنی را شروع کرده‌اند و دوره‌های بیشتر و طولانی‌تر و با روش‌های متنوع‌تری اقدام به خود زنی می‌کنند، از پیش‌آگهی بدتری برخوردارند (زانارینی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

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 (سایموتو^۵، ۱۹۹۸). در این راستا لوید-ریچاردسون^۶، پرین^۷، دیرکر^۸ و کلی^۹ (۲۰۰۷) 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 زیر 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 میان‌فردی).

-
1. Muehlenkamp
 2. Gutierrez
 3. Ross
 4. Zanarini
 5. Suymoto
 6. Lloyd-Richardson
 7. Perrine
 8. Dierker
 9. Kelley

رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ رویکردی شناختی- رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی^۲ ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه ها و فنون فلسفه ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش است، درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه ی مداخله ای را در شیوه ی درمان گروهی خود مطرح می کند: هوشیاری فراگیر بنیادین^۳ و تحمل پریشانی^۴ به عنوان مولفه های پذیرش و تنظیم هیجانی^۵ و کارآمدی بین فردی^۶ به عنوان مولفه های تغییر (رابین^۷ و کتز^۸، ۲۰۰۴؛ میلر^۹، راتوس^{۱۰} و لینهان^{۱۱}، ۲۰۰۷). بنابر نظر لینهان یکی از ایراد های اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تزیهای درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی کند زیرا در این رویکرد ها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان ها، شناخت ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می کند فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می سازد بلکه باعث می شود او خود را فردی نامعتبر بداند. نامعتبرسازی ادراک شده مشکلاتی را در جلسه درمان ایجاد می کند (لینهان، ۱۹۹۳). لینهان مشکل درمانی فوق را با به کارگیری اصول آیین ذن به ویژه استفاده از تمرین های ذهن آگاهی^{۱۲} حل می کند. آیین ذن مبتنی بر پذیرش محض واقعیت است. از سوی دیگر، پذیرش بدون قید و شرط و معترسازی بیش از اندازه رفتار های مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد، از جمله آن که مراجع تلقی می کند مشکلات او جدی گرفته نشده است. بدون توجه به تغییر و حل مسئله،

-
1. Dialectic Behavior Therapy
 2. Borderline Personality Disorder
 3. Core Mindfulness
 4. Distress Tolerance
 5. Emotion Regulation
 6. Interpersonal Effectiveness
 7. Robins
 8. Koons
 9. Miller
 10. Rathus
 11. Linehan
 12. Mindfulness

رفتارهای مداخله گر 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 می رسد (سوالز^۱ و هیرد^۲، ۲۰۰۹).

برخی مطالعات اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش رفتار های خود-زنی^۳ و خود-کشی^۴ نشان داده اند. برای مثال فلیس چاکر^۵ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود به بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی رفتار های خود-کشی و خود-زنی و علایم مرزی نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که در طول درمان رفتار های خود-آسیب رسان آزمودنی ها به صورت معنی داری کاهش یافت؛ قبل از درمان ۸ نفر از ۱۲ نفر حداقل یک بار اقدام به خود-کشی کرده بودند، اما در طول درمان و یک سال پس از آن هیچ موردی از اقدام به خود-کشی ثبت نشد. همچنین اشنل^۶ و هرپرتز^۷ (۲۰۰۶) در مطالعه خود زنان مبتلا به اختلال اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار دادند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می کند. محققان نتیجه می گیرند که این رویکرد بیشتر به تنظیم هیجانی کمک می کند تا تغییر در شناخت. در واقع، مهارت اساسی که در جلسات گروهی آموزش داده می شود مهارت تنظیم هیجان است.

علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فدردی (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود به بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر نشانه های افسردگی دانشجویان پرداختند. نتایج حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه های افسردگی و افزایش معنی دار در شاخصهای هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی بود. محققان در پایان چنین

1. Swales
2. Heard
3. Self-mutilation
4. Suicide
5. Fleischhaker
6. Schnell
7. Herpertz

استنباط می‌کنند که به نظر می‌رسد DBT از طریق اثرگذاری بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر و تحمل‌پریشانی، نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد. همچنین مظاهری، برجعلی، احدی و گلشنی (۱۳۸۹) در پژوهش خود به بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی در قالب یک طرح نیمه آزمایشی پرداختند. نتایج نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی شامل: احساس ترک شدن، رفتار خودکشی و مشکلات هویتی شده است.

با توجه به مطالب بالا و با توجه به نتایج بررسی‌های به عمل آمده در خصوص تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خود آسیب رسان (فلیس چاکر و همکاران، ۲۰۱۱؛ روزن فیلد^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ اشنل و هرپرترز، ۲۰۰۶) به نظر می‌رسد رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار موثر باشد. نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند به منظور برنامه ریزی در جهت پیشگیری و کاهش رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان بزهکار به کار گرفته شود. بدون شک در صورت تایید نتایج و به کارگیری 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 صرفه جویی خواهد شد.

روش پژوهش

از آنجا که هدف این تحقیق تعیین میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار بود، از طرح تحقیق آزمایشی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. در این نوع طرح عواملی که می‌تواند اعتبار درونی را تهدید کند، کنترل می‌شود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۱). نمونه مورد مطالعه این پژوهش را تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان خود آسیب رسان ۱۲ تا ۱۸ ساله مقیم کانون تشکیل دادند. نحوه

1. Rosenfeld

انتخاب گروه نمونه به این صورت بود که ابتدا لیست کلیه نوجوانان که سابقه رفتار های خود آسیب رسان در پرونده خود داشتند تهیه شد (در زمان بررسی این تعداد ۸۵ نفر گزارش شد). سپس از این تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در پایان به صورت تصادفی و بر اساس شماره زوج و یا فرد اختصاص یافته، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل جایگزین شدند. جهت ارزیابی رفتار و کارکردهای رفتار خود-آسیب رسان در نمونه مورد مطالعه از سیاهه خود گزارشی خود-آسیب رسانی کلونسکی^۱ و گلن^۲ (۲۰۰۹) که یک ابزار خود گزارشی است که فراوانی و عملکرد رفتار های آسیب رسان به قصد غیر خود کشی^۳ (NSSI) را ارزیابی می کند، استفاده شد. این سیاهه دو بخش دارد. بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتار های خود آسیب رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه قصد خود کشی انجام می شوند شامل: کوبیدن/زدن^۴، گاز گرفتن^۵، سوزاندن^۶، خالکوبی^۷، بریدن^۸، دستکاری زخم^۹، نیشگون گرفتن خود^{۱۰}، موکنی^{۱۱}، مالیدن پوست به سطوح خشن^{۱۲}، خارش شدید^{۱۳}، فروکردن سوزن در بدن^{۱۴} و خوردن مواد شیمیایی خطرناک^{۱۵} را غربالگری می کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگی های توصیفی رفتار های آسیب رسان غیر خود کشی گرا مانند: تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خود آسیب رسانی را ارزیابی می کند. پایایی به روش باز آزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته ای $r=0/85$ به دست آمد.

1. Klonsky
2. Glenn
3. Nonsuicidal Self-Injury
4. Banging/hitting
5. Biting
6. Burning
7. Carving
8. Cutting
9. Interfering with wound healing
10. Pinching
11. Pulling hair
12. Rubbing skin against rough surfaces
13. Severe scratching
14. Sticking self with needles
15. Swallowing dangerous chemicals

همچنین همسانی درونی بین سوال های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (کلونسکی و الینو، ۲۰۰۸). بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتار های خود آسیب رسان غیر خودکشی گرا را ارزیابی می کند. این بخش ۱۳ عملکرد رفتار های خود آسیب رسان را که در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تایید قرار گرفته اند ارزیابی می کند (چاپمن^۱، گرانتر^۲ گرانتر^۲ و براون^۳، ۲۰۰۶؛ کلونسکی، ۲۰۰۷). این ۱۳ عملکرد زیر دو عامل کلی طبقه بندی شده شده اند: کارکرد های درون فردی^۴ (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خود کشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی) و کارکرد های بین فردی^۵ (استقلال، حریم های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی). گزینه ها به صورت لیکرت سه گزینه ای تدوین شده است که از ۰ (کاملا غیر مرتبط)، ۱ (تاحدی مرتبط) و ۲ (کاملا مرتبط) درجه بندی شده است. بنابر این هر یک از خرده مقیاس ها از ۰ تا ۶ نمره گذاری می شوند. همچنین میانگین نمره مقیاس های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس ها بر تعداد آنها به دست می آید. بخش کارکردی سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). بخش کارکردی سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی نشان می دهد (تعداد: ۵۱، آلفای کرونباخ کارکرد درون فردی (۰/۸۹) و بخش بین فردی (۰/۷۵). این سیاهه در مطالعات داخلی تا کنون استفاده نشده است. به دلیل اینکه این پرسشنامه برای اولین بار در داخل ترجمه و استفاده شد. ابتدا بر روی یک نمونه ی ۴۰ نفری اجرا و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه با استفاده از نظر اساتید راهنما و مشاور بررسی و تایید شد.

بعد از انتساب تصادفی آزمودنی ها به گروه آزمایش و گواه، از هر دو گروه توسط پژوهشگر پیش آزمون به عمل آمد. پیش آزمون شامل: سیاهه خود گزارشی خود-آسیب

-
1. Chapman
 2. Gratz
 3. Brown
 4. intrapersonal functions
 5. interpersonal functions

رسانی بود. بعد از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش تحت درمان با برنامه مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفت. این برنامه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای ۱ جلسه به شرح جدول زیر اجرا شد:

موضوع جلسه

معارفه: آشنایی اعضا گروه با هم، معرفی برنامه و وضع قراردادها

جلسه اول: در این جلسه درمان با ارایه ی تعریف دیالکتیک، اصول و راه های تفکر و عمل به شیوه ی دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد.

جلسه دوم: در جلسه ی دوم دو دسته مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر آموزش داده و تمرین شد. دسته ی اول مهارتهای چه چیز؟ که عبارتند از: کارهایی که فرد باید برای رسیدن به هوشیاری فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن دسته ی دوم، مهارتهای چگونه؟ که عبارتند از نحوه ی انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود هشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن).

جلسات سوم تا پنجم به بخش اول از مولفه ی تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران اختصاص داشت. راهبردهای بقا در بحران خود شامل چهار مجموعه مهارت می باشند که عبارتند از: راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقای لحظه جاری، خودتسکین دهی و تکنیک سود و زیان آموزش داده شدند.

جلسه ی ششم اختصاص به دومین بخش از مهارتهای تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارتند از: مشاهده تنفس (observing your breath)، تبسم (half-smile) آگاهی (awareness) آموزش داده شد.

در جلسه ی هفتم و هشتم به مولفه ی تنظیم هیجانی پرداخته شد. مباحث مرتبط با این جلسه عبارتند از: هیجان چیست و دارای چه مولفه هایی می باشد، شناسایی هیجانها و فهمیدن کاری که برای شما انجام می دهد، کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجانها منفی، افزایش رویدادهای هیجانی مثبت، افزایش ذهن آگاهی به هیجانها کنونی و تغییر هیجان های منفی از طریق انجام عملی متضاد. آموزش داده شد.

جلسه ی نهم و دهم در برگرفته ی آخرین مولفه که مهارت بین فردی اثربخش اختصاص داده شد که مباحث این جلسات شامل سه دسته مهارت است که عبارتند از: چگونه آن چیزی که می خواهید بدست آورید، حفظ احترام به خویش، استمرار روابط بین فردی. آموزش داده شد.

همچنین ارزیابی کلی برنامه و رفع ابهامات+ اجرای پس آزمون در جلسه دهم انجام شد.

یافته‌های پژوهش

بریدن عضو (آسیب به پوست) بیشترین فراوانی و درصد (۲۶؛ ۸۶/۷٪) رفتار خود آسیب رسان را در نمونه مورد مطالعه داشت. در رتبه های بعدی: زدن خود (۱۸؛ ۶۰٪)، خوردن مواد خطرناک (۱۷؛ ۵۶/۷٪) و فروکردن سوزن در بدن (۱۶؛ ۵۳/۳٪) از بیشترین میزان وقوع برخوردار بود. میانگین سن شروع رفتار های خود-آسیب رسان در نمونه مورد مطالعه ۱۳ سال بود. پایین ترین سن شروع ۹ سال و بالاترین سن شروع ۱۶ سال بود. ، ۴۳/۳٪ (۱۳ نفر) نمونه مورد مطالعه بیان کرده اند که در زمان انجام رفتار های خود-آسیب رسان احساس درد نداشته اند، ۳۶/۷٪ (۱۱) گاهی اوقات احساس درد داشته اند و تنها ۲۰٪ (۶ نفر) احساس درد داشته اند. ۶۶/۷٪ آزمودنی ها عنوان کرده اند که زمانی که تنها بوده اند به رفتار های خود-آسیب رسان دست زده اند. فاصله بین تصمیم به رفتارهای خود-آسیب رسان تا اقدام به خود-آسیب رسانی در ۸۳/۳٪ (۲۵ نفر) آزمودنی ها کمتر از یک ساعت بوده است، ۳/۳٪ (۱ نفر) این فاصله را کمتر از یک روز و تنها ۱۳/۳٪ (۴ نفر) این فاصله را بیش از ۱ روز عنوان کرده اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی آزمودنی‌های گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

در رفتار های خود-آسیب رسان

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	
۱۵	۹/۸۴	۳۷/۵۳	پیش آزمون	مداخله
۱۵	۸/۹۳	۲۹/۵۳	پس آزمون	
۱۵	۸/۴۲	۳۸/۶	پیش آزمون	کنترل
۱۵	۸/۵۱	۳۷/۲۶	پس آزمون	

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس اثر پیش آزمون بر نمره کل رفتار های خود-آسیب رسان

عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری
مقدار ثابت	۰/۰۳۴	۱	۰/۰۳۴	۰/۰۰۳	۰/۹۵۹
پیش آزمون	۱۷۹۰/۹۱۲	۱	۱۷۹۰/۹۱۲	۱۴۲/۳۲۲	۰/۰۰۱
بین گروهی	۳۴۵/۷۰۹	۱	۳۴۵/۷۰۹	۲۷/۴۷۳	۰/۰۰۱
خطا	۳۳۹/۷۵۵	۲۷	۱۲/۵۸۴		
کل	۳۶۰۴۶/۰۰۰	۳۰			

نتایج تحلیل کواریانس جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که آزمودنی‌های دو گروه قبل از شروع مداخله از نظر کارکرد کلی رفتار های خود-آسیب رسان با یکدیگر متفاوت بوده‌اند ($P = ۰/۰۰۱$ $F = ۱۴۲/۳۲۲$ و $F = ۲۷$). پس از خارج کردن اثر پیش آزمون به روش تحلیل کواریانس نیز تأثیر مداخله در گروه آزمایش به صورت معنی داری دیده می‌شود ($P = ۰/۰۰۱$ $F = ۲۷/۴۷۳$ و $F = ۲۷$).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی آزمودنی‌های گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

کارکرد های درون فردی و بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان ($N=۱۵$)

گروه	کارکرد رفتار خود-آسیب رسان	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
مداخله	درون فردی	پیش آزمون	۱۵/۱۳	۴/۷
		پس آزمون	11	۳/۵۴
	بین فردی	پیش آزمون	۲۲/۴	۷/۲
		پس آزمون	۱۸/۵۳	۶/۵۶
کنترل	درون فردی	پیش آزمون	۱۴/۵۳	۴/۱۶
		پس آزمون	۱۳/۸۷	۳/۷۶
	بین فردی	پیش آزمون	۲۴/۱	۶/۲۲
		پس آزمون	۲۳/۴	۶/۵

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس اثر پیش‌آزمون بر کارکرد های درون فردی رفتار های خود-آسیب رسان

عوامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
مقدار ثابت	۸/۴۷۸	۱	۸/۴۷۸	۲/۳۷۴	۰/۱۳۵
پیش‌آزمون	۲۷۷/۳۲۱	۱	۲۷۷/۳۲۱	۷۷/۶۶۳	۰/۰۰۱
بین‌گروهی	۸۰/۸۹۱	۱	۸۰/۸۹۱	۲۲/۶۵۳	۰/۰۰۱
خطا	۹۶/۴۱۳	۲۷	۳/۵۷۱		
کل	۵۰۷۳/۰۰۰	۳۰			

نتایج تحلیل کواریانس جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که آزمودنی‌های دو گروه قبل از شروع مداخله از نظر کارکرد های درون فردی رفتار های خود-آسیب رسان با یکدیگر متفاوت بوده‌اند ($P=۰/۰۰۱$ $F=۷۷/۶۶۳$ و $F=۲۲/۶۵۳$). پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کواریانس تأثیر مداخله در گروه آزمایش به صورت معنی داری دیده می‌شود ($P=۰/۰۰۱$ $F=۲۲/۶۵۳$ و $F=۲۷$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس اثر پیش‌آزمون بر کارکرد های بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان

عوامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
مقدار ثابت	۰/۵۹۸	۱	۰/۵۹۸	۰/۰۷۶	۰/۷۸۵
پیش‌آزمون	۹۸۰/۵۴۱	۱	۹۸۰/۵۴۱	۱۲۴/۴۱۵	۰/۰۰۱
بین‌گروهی	۸۵/۳۰۷	۱	۸۵/۳۰۷	۱۰/۸۲۴	۰/۰۰۳
خطا	۲۱۲/۷۹۳	۲۷	۷/۸۸۱		
کل	۱۴۵۵۹/۰۰۰	۳۰			

نتایج تحلیل کواریانس جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که آزمودنی‌های دو گروه قبل از شروع مداخله از نظر کارکرد های بین فردی -رفتارهای خود-آسیب رسان با یکدیگر متفاوت بوده‌اند ($P=۰/۰۰۱$ $F=۱۲۴/۴۱۵$ و $F=۱۰/۸۲۴$). پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کواریانس تأثیر مداخله در گروه آزمایش به صورت معنی داری دیده می‌شود ($P=۰/۰۰۳$ $F=۱۰/۸۲۴$ و $F=۲۷$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتار های خود-آسیب رسان در نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران بود. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیک به روش گروهی بر کاهش رفتار های خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت موثر است. این یافته با نتایج تحقیق فلیس چاکر و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. آنها نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتار های خودکشی و خود-آسیب رسان و علائم مرزی نوجوانان موثر است. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق پری پلتچیکو^۱ و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. آنها در پژوهش خود رفتار درمانی دیالکتیکی را برای کودکان در معرض آسیب، اصلاح و به کار بردند و دریافتند که مهارت های مقابله ای سازش یافته در گروه نمونه افزایش یافته و علائم افسردگی، عقاید خودکشی و رفتار های مشکل ساز کودکان کاهش معناداری داشته است. همچنین نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق مظاهری، برجعلی، احدی و گلشنی (۱۳۸۹) همسو است. آنها در پژوهش خود دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش علائم اختلال شخصیت به ویژه در مولفه بی ثباتی هیجانی، احساس ترک شدن، رفتار خودکشی و مشکلات هویتی شده است. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج بررسی های لینهان و همکاران (۱۹۹۱) همسو است. آنها نتیجه ی یک ساله ی درمان رفتار درمانی دیالکتیکی را با درمان های معمول در دسترس مقایسه کردند و نشان دادند طی یک سال، بیماران گروه DBT به طور معنی داری رفتار آسیب رسان کمتری از بیماران گروه گواه، داشتند و دوره های شدید خود-آسیب رسانی در میان بیماران گروه تجربی، کمتر از گروه گواه (درمان به روش معمول) بود (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰).

در خصوص تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کارکرد های درون فردی و بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان، نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیک به روش گروهی بر کاهش کارکرد های درون فردی و بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت موثر است. این یافته ها با نتایج تحقیق پری پلتچیکوا^۱ و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. ایشان در پژوهش خود رفتار درمانی دیالکتیکی را برای کودکان در معرض آسیب، اصلاح و به کار بردند و دریافتند که این برنامه کاهش معنی داری در عقاید خودکشی (که از کارکرد های درون فردی رفتار های خود-آسیب رسان است) کودکان مورد مطالعه ایجاد کرده است. همچنین نتایج این تحقیق از جهت تاثیر برنامه رفتار درمانی دیالکتیک بر کارکرد درون فردی (تنظیم هیجانی) رفتار های خود-آسیب رسان با نتایج تحقیق اشنل و هرپرتز (۲۰۰۶) همسو است. 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^۲ بررسی کردند و دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می کند و در واقع به تنظیم هیجان در آزمودنی ها کمک می کند. همچنین در این راستا نتایج این پژوهش با یافته های اکسلرود^۳، پریپلتچیکوا، هالتزمن^۴ و سینها^۵ (۲۰۱۱) همسو است. 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 آزمودنی ها رخ داده است.

همچنین در خصوص تاثیر برنامه رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش کارکرد بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان و بر اساس نظریه کارکردی رفتار خود-آسیب رسان لوید

1. Perepletchikova
2. Functional magnetic resonance imaging
3. Axelrod
4. Holtzman
5. Sinha

ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۷)، در صورتی که رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه را به عنوان کارکرد های بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان در نظر بگیریم، نتایج این تحقیق با یافته های تحقیق شلتون^۱، کستن^۲، زانگ^۳ و ترستمن^۴ (۲۰۱۱) همسو است. آنها به اصلاح روش رفتار درمانی دیالکتیکی به منظور استفاده برای کنترل رفتار های تکانشی و پرخاشگرانه ۳۸ نوجوان پسر زندانی پرداختند و دریافتند که پرخاشگری بدنی آزمودنی ها کاهش یافته است.

نتایج بدست آمده از این تحقیق بر اساس نظر سایموتو (۱۹۹۸) و همچنین در قالب نظریه لوید ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۷) قابل تبیین است؛ سایموتو (۱۹۹۸) معتقد است برای درک رفتار خود-آسیب رسان باید بدانیم که چرا یک رفتار خاص، در یک زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می گیرد. این مهم اشاره به نقش کارکردی رفتار های خود-آسیب رسان دارد که یک جنبه مهم آن بر اساس نظر لوید ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۷) کارکرد درون فردی است که به دو صورت تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار عمل می کند؛ آنها معتقدند رفتار های خود-آسیب رسان ممکن است به صورت تقویت منفی خودکار و با هدف متوقف کردن یا حذف حالت های عاطفی و شناختی نامطلوب (رهایی یافتن از ناکامی ها، کاهش دردهای عاطفی، بیان خشم نسبت به دیگران، و کاهش تنش) و یا تقویت مثبت خودکار که اشاره به استفاده از رفتار خود آسیب رسان برای ایجاد بعضی از حالت های درونی دارد، عمل کنند. همچنین کارکردهای اجتماعی رفتار های خود آسیب رسان توسط محیط خارجی فرد تنظیم می شوند؛ تقویت مثبت اجتماعی اشاره به این دارد که استفاده از رفتار خود آسیب رسان برای جلب توجه و یا برای دسترسی به برخی از منابع خاص اجتماعی است. همچنین

1. Shelton
2. Kesten
3. Zhang
4. Trestman

تقویت منفی اجتماعی اشاره به استفاده از رفتار های خود-آسیب رسان 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 خود آسیب‌رسان است (لوید ریچاردسون و همکاران، ۲۰۰۷).

با توجه به نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد رفتار درمانی دیالکتیکی و مهارت‌هایی که در طول این برنامه به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود (به ویژه مهارت‌های تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی)، قادر است کارکرد های درون فردی (تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار) و بین فردی (تقویت منفی اجتماعی و تقویت مثبت اجتماعی) رفتار های خود-آسیب رسان را در نوجوانان بزهکار کاهش دهد. لذا در صورت کنترل پیامد های درون فردی و بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان، قادر به کاهش فراوانی وقوع رفتار های خود-آسیب رسان در نوجوانان بزهکار خواهیم بود؛ در نتیجه مسئولان و دست‌اندر کاران کانون‌های اصلاح و تربیت می‌توانند برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی را در برنامه ریزی‌های بلندمدت خود به منظور کاهش فراوانی وقوع و کاهش کارکرد رفتارهای خود-آسیب رسان در نوجوانان بزهکار، 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 نهاد های ذینفع صرفه جویی کنند.

منابع

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۹۰). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.

علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سید امیر و صالحی فدردی (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر

بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*. سال ۱۳ (۲)، صص ۲۴-۳۵

علیلو، مجید محمود، شریفی، محمد امین (۱۳۹۰). *رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی*. چاپ اول، برگرفته از اینترنت (<http://counseling.ut.ac.ir>).

مظاهری، محمد علی؛ برجعلی، احمد؛ احدی، حسن و گلشنی، فاطمه (۱۳۸۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. *تحقیقات روانشناختی*. ۲(۵). صص ۱-۲۵.

- Axelrod. S R, Pereplechikova. F, Holtzman. K, Sinha. R. (2011). Emotion Regulation and Substance Use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 37(1): 37-42.
- Briere J, Gil E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 68:609-20
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Claes L, Vandereycken W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compr Psychiatry* .48: 137-44.
- Favazza, AR. (1998). The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* .186:259-68.
- Favazza, AR. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatry Ann* .22: 60- 63.
- Feldman MD. (1988). The challenge of self-mutilation: a review. *Comp Psychiatry* .3:252 -69.
- Fleischhaker CH, Bohme R, Sixt B, Bruck CH, Schneider C, Schulz E.(2011). Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up .*Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5:3. <http://www.capmh.com/content/5/1/3>
- Gratz KL. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *J Psychopathology Behav* .23: 253- 63.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 137-156.
- Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, van Dijck R, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimaraes- Lopes R, Mayou R, van Moffaert M,

- Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. (2001). Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* .23:124–32.
- Klonsky, E.D. & Glenn, C.G. (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, 215-219.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: the Guilford press.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192.
- Miller, D N.; Brock, S E. (2011). *Identifying, Assessing, and Treating Self-Injury at School*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
- Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford; 38-95.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.
- Perepletchikova, F, Axelrod. S T , Kaufman. J , Rounsaville. B J, Heather Douglas-Palumberi. H D, Miller. A L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non-Suicidal Self-Injurious Behaviours. *Child Adolesc Ment Health*. 16(2): 116–121
- Robins CJ, Koons CR. (2004). *Dialectical behavior therapy of sever personality disorders*. In: Magnavita JJ. (editor). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. Philadelphia: Wiley and sons. 221-5.
- Rosenfeld B, Galietta M, Ivanoff A, Garcia-Mansilla A, Martinez R, Fava J, Fineran V, Green D.(2007). Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Stalking Offenders. *International Journal of Forensic Mental Health* , 6,(2) 95-103
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.
- Schnell,K., Herpertz, S.C. (2006). Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*. 41(10), pp 837–847
- Shelton D. , Kesten K., Zhang W., Trestman R.(2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy - Corrections Modified (DBT-CM) Upon Behaviorally Challenged Incarcerated Male Adolescents, *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 24(2): 105–113.
- Suymoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Swales, M.A., Heard, H.L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York. Rutledge.
- Winchel RM, Stanley M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* . 148:306– 17.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Ridolfi ME, Jager-Hyman S, Hennen J, Gunderson JG. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J Personal Disord*. 20(1):9-15.