

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Forgiveness and Depression in Teenager Girls with Self-injury History in Isfahan

Tabatabayi, A.S., Yousefi, *Z., Motamedi, M., Taheri, S.

Abstract

Introduction: Self-injury is defined as a deliberate destruction or deliberate alteration of body tissues that results in damage to the tissues. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on other-forgiveness and depression in teenager girls with self-injury history in Isfahan.

Method: The research method was a pre-test-posttest with a control group. The statistical population of the study consisted of all teenager girls with a history of self-injury who referred to counseling centers in Isfahan in 2018. A sample of 30 teenager girls were randomly selected that were selected by inclusion/exclusion criteria and randomly assigned to experimental and control groups (each group was 15). Subjects before and after the intervention, responded to the questionnaire of Interpersonal Motivation related to injury and Beck Depression Inventory. The experimental group received dialectical treatment therapy for 8 sessions of 90 minutes, while no intervention received by the control group.

Results: The data were analyzed in two descriptive levels (mean and standard deviation) and inferential level (multivariate covariance analysis). The results indicated significant increase in the mean of forgiveness and a decrease in mean of depression in the experimental group compared to the control group ($p \leq 0.05$).

Conclusion: According to research findings, dialectical behavior therapy can be used to increase forgiveness and reduce depression in teenager girls with a history of self-injury.

Keywords: forgiveness, depression, self-injury, dialectic behavioral therapy.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر گذشت و افسردگی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی

امینه‌سادات طباطبایی^۱، زهرا یوسفی^{۲*}، مسعود معتمدی^۳، سارا طاهری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۲

چکیده

مقدمه: خودزنی از جمله علائم برخی از اختلالات روانشناختی است که بعضاً از نوجوانی شروع می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر گذشت و افسردگی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی شهر اصفهان انجام گرفت.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران نوجوان با سابقه خودزنی که در سال ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. به این ترتیب ۳۰ دختر نوجوان به شکل نمونه گیری در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های مقیاس گذشت بین فردی و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و سطح استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیر بخشش خود افزایش معنادار در مرحله پس‌آزمون داشته و در متغیر و افسردگی نیز کاهش معناداری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود داشت.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های پژوهش، می‌توان برای بهبود گذشت بین فردی و کاهش افسردگی در دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی، از رفتاردرمانی دیالکتیک سود جست.

واژه‌های کلیدی: گذشت، افسردگی، خودزنی، رفتاردرمانی دیالکتیک.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

z.yousefi@khusif.ac.ir

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳. روان‌پزشک، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

خودزنی^۱ به خود جرحی یا آسیب به خود، صرف نظر از نوع انگیزه یا قصد خودکشی اشاره دارد(۱). خودزنی شامل رفتارهایی است که به صورت آگاهانه، مستقیم، بدون انگیزه خودکشی، توسط خود فرد، با هدف آسیب به بافت‌های بدن انجام می‌شود و جزء آداب و رسوم فرهنگی نیز به حساب نمی‌آیند(۲)، و رفتارهایی مانند بریدن، سوزاندن، کوبیدن، خراشاندن، کتک زدن، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن، چنگ کشیدن، زخمی کردن بدن و یا جلوگیری از بهبود زخم‌ها را دربر می‌گیرد(۳). از نظر تشخیصی، به طور سنتی رفتارهای خودزنی، که یکی از طبقه‌های خودزنی است، به عنوان یکی از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی طبقه‌بندی می‌شود. مطالعات انجام شده با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، تشخیص‌هایی مانند اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس آسیبی را نیز در نوجوانان و جوانان بستری با شکایت خودزنی بدون قصد خودکشی گزارش کرده است(۴). برخی متخصصان معتقدند ویژگی‌های خودزنی به قدری از سایر طبقات تشخیصی متمایز است که بهتر است آنها را در یک طبقه تشخیصی جدید گنجانند(۵). خودزنی یکی از مهمترین دغدغه‌های بهداشت عمومی است و از عوامل اصلی در بروز آن می‌توان به عواملی از قبیل آسیب‌پذیری ژنتیکی، عوامل روانشناختی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی اشاره نمود(۶). شیوع رفتارهای خودزنی بدون قصد خودکشی در دوران نوجوانی بیشتر از سایر دوره‌های زندگی است. نتایج پژوهشی در کشور آمریکا نشان داده است که به‌طور تقریبی در ۱۲ تا ۱۴ درصد از دانش‌آموزان دوره دبیرستان حداقل یک بار سابقه خودزنی بدون قصد خودکشی وجود دارد و دختران بیشتر از پسران سابقه این رفتار را دارند(۷). ۲۵ الی ۳۵ درصد از نوجوانان در نمونه‌های تصادفی که از مدارس آلمانی گرفته شده‌اند، حداقل یک مورد خودزنی داشته‌اند و شیوع آن در نمونه‌های کلینیک روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان تقریباً ۵۰ درصد است که این یافته می‌تواند به عنوان نشانه‌ای برای توجه به مدیریت انواع مختلف بیماری روانی ارائه گردد(۸).

اگر چه خودکشی در نوجوانان غیرمعمول است اما همیشه به عنوان یک پیامد غم‌انگیز در نظر گرفته می‌شود و پیشگیری

از آن در نوجوانان بسیار با اهمیت بوده، به طوری که بیشترین تمرکز استراتژی‌های ملی بر پیشگیری از خودزنی می‌باشد(۶)، از سویی اضطراب خاص دوران نوجوانی به دلیل تحول در ملاک‌های ارزشی و مشکل چگونگی برخورد با فشار غریزی، برای نوجوان اجتناب‌ناپذیر است و احتمال بروز رنج درونی، فشار عاطفی، نگرانی، ترس، آشفتگی و احساس گناه، شدیدتر از دوره‌های دیگر است(۱۰). تکلیف عمده نوجوانان در این دوره، کسب نوعی احساس اطمینان از خویشتن است و ویژگی‌های رشدی این مرحله می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع اختلالات رفتاری و بیماری‌های روانی گردد(۹).

یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات نوجوانان، افسردگی است که در کودکان و نوجوانان به دلیل ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای، موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد و بر آینده نوجوانان تأثیر مخربی بر جای می‌گذارد، از سویی مهمترین علایم افسردگی نوجوانان شامل: کندی روانی - حرکتی، احساس بی‌ارزشی، بدبینی به آینده، سوء مصرف مواد، عملکرد تحصیلی پایین، فرار از مدرسه و خانه، خودکشی، خلق آشفته، لذت نبردن، عملکرد نباتی، خودآرزیایی پایین، ناامیدی و مشکلات بین فردی می‌باشد(۱۰). به نظر می‌رسد گذشت بین فردی در نوجوانی نقش چشم‌گیری در کاهش افسردگی و مشکلات نوجوانی داشته باشد.

گذشت به عنوان تغییری جدی در تصمیم‌گیری برای قطع رفتارهای بدخواهانه نسبت به یک شخص خطاکار تعریف شده است. مک کولاف(۱۱) گذشت را به عنوان جهت دادن مثبت به انگیزه‌های منفی تعریف کرده که با انگیزه‌های مصالحه‌آمیز و مثبت نسبت به فرد خطاکار همراه است. گذشت، تغییر در نگرش‌های مربوط به نسبت دادن علت‌های اعمال به خود است که منجر به کاهش احساسات منفی می‌شود. به عبارت دیگر گذشت به عنوان یک سری از تغییرات در انگیزش تصور می‌شود که در آن انگیزش برای اجتناب از محرک مربوط به تخلف و خودتنبیهی کاهش داده می‌شود و در مقابل، انگیزش برای رفتار مهربانانه با خود و دیگران افزایش می‌یابد(۱۲). گذشت به افراد کمک می‌کند تا بر عواطف و احساسات منفی خود غلبه کرده و موجب تغییر در رفتار شود و موجب می‌شود که اولاً فرد آشفستگی

1. self-injury

ایران اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش افسردگی (۲۵، ۲۶)، افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر (۲۶)، پرخاشگری نوجوانان (۲۷) و کاهش علائم آسیب روانی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۲۸) استفاده شده است.

به طور کلی بررسی‌های حاضر گویای آن است که به کارگیری روش رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق بهبود تنظیم هیجانی نوجوانان، می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری آنها از جمله خودزنی مؤثر باشد. همان‌گونه که پیش از این اشاره شد یکی از مشکلات شایع در نوجوانی خودزنی است که در بین جمعیت بالینی با فراوانی قابل توجه مشاهده می‌شود بنابراین این گروه از نوجوانان در جمعیت بالینی گروه قابل توجهی را نشان می‌دهند؛ از سوی دیگر به نظر می‌رسد افسردگی و کینه‌توزی در بین آنان می‌تواند نظم هیجانی را در بین آنان به هم ریخته و مشکلات آنان را تشدید نماید بنابراین لازم است تا با شیوه‌ای کارآمد و مؤثر که می‌تواند حالات هیجانی آنان را بهبود بخشد به طور غیرمستقیم رفتارهای خودزنی آنان را کاهش داد. همچنین با توجه به اینکه رفتار درمانی دیالکتیک جزء درمان‌های نوین به شمار می‌آید و همچنین نظر به اینکه تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود افسردگی و گذشت نوجوانان مبتلا به خودزنی نپرداخته است در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی رفتار درمانی دیالکتیک در قالب یک طرح مداخله‌ای، مورد بررسی قرار گیرد. نتایج چنین پژوهشی در شکل‌گیری چارچوب‌های مناسب درمانی جهت بهبود خودزنی و افزایش گذشت نوجوانان می‌تواند راهگشا باشد. لذا این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بخشش دیگران و افسردگی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی شهر اصفهان مؤثر است.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش‌شناسی تحقیق، یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که دارای پرونده با سابقه خودزنی بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ دختر نوجوان با سابقه خودزنی بود که به

هیجانی خود را که منجر به اجتناب از محرک‌های دردناک می‌شود را کاهش دهد؛ ثانیاً چون گذشت نوعاً با تعهد و پیمان برای تغییر رفتار خود در آینده همراه می‌باشد. این تعهد و عهد و پیمان موجب می‌شود فرد با رفتارهای گرایشی بیشتر درگیر باشد تا با رفتارهای اجتنابی (۱۳).

برای درمان افسردگی و پیشگیری از خودزنی مداخله‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته‌است. یکی از مداخلات مورد توجه روانشناسان در سال‌های اخیر، استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیک بوده است. رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان یک رویکرد درمانی جدید مرکب از اصول درمان‌های شناختی رفتاری و فلسفه شرقی است که در ابتدا، برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. علاوه بر این اختلال، در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن اثبات شده است (۱۴). این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی - رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش است، درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر و بنیادین و تحمل‌پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییر (۱۵). در رفتار درمانی دیالکتیکی، جهت‌گیری درمان در ابتدا به سمت تحت کنترل درآوردن فعالیت‌های درمان‌جو، آموزش مهارت‌های رفتاری (قلب درمان) و سپس کمک به وی برای احساس بهتر و حل مشکلات زندگی و در نهایت کمک به درمان‌جو برای جستجوی لذت و حس برتری است که برای دستیابی به این اهداف از راهبردهای درمانی خاص که مخصوص این درمان است استفاده می‌گردد (۱۶). این درمان توسط لینهان (۱۷)، تدوین گردیده و در هشت جلسه گروهی برگزار می‌شود. مروری بر تحقیقات انجام شده نشان داد که استفاده از رفتار درمانی دیالکتیک در بیماران بستری مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۱۸)، افراد دارای سابقه خودکشی (۱۹)، افراد مبتلا به اختلالات پرخوری (۲۰)، افراد دارای سوء مصرف مواد (۲۱)، نوجوانان خودکشی‌گرا (۲۲)، کاهش نشانه‌های افسردگی (۲۳)، مؤثر بوده است. علاوه بر موارد بالا، شماری از گزارش‌های توصیفی نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند برای نوجوانان موفقیت‌آمیز باشد (۲۴). در

سزاوارش است برسد" (زیر مقیاس انگیزه انتقام). برخی از گویه‌ها مانند گویه‌های مورد اشاره در این مقیاس معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مک کالو و همکاران همبستگی درونی بالایی را بین دو زیر مقیاس گزارش کردند (۰/۸۵). پایایی آزمون - بازآزمون ۹ هفته‌ای برای انگیزه انتقام ۰/۶۵ و انگیزه اجتناب ۰/۶۴ گزارش شده است. همچنین در مطالعات تجربی این مقیاس با همدلی، همبستگی منفی و با نشخوار فکری همبستگی مثبت داشته است (۳۰). در ایران خجسته مهر و همکاران (۳۱)، پرسشنامه را برای بعد انتقام ۰/۸۵، بعد اجتناب ۰/۹۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ بدست آوردند. روایی سازه این پرسشنامه نیز از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس صفت بخشش برای ابعاد انتقام و اجتناب به ترتیب ۰/۵۷۹ و ۰/۵۹۵ می‌باشد. این پرسشنامه برای پژوهش‌های مرتبط با بخشش، معتبر و پایا می‌باشد (۳۱).

۲. پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک (۳۲)، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه خود گزارش‌دهی ۲ و ابزاری رایج برای ارزیابی وجود و شدت افسردگی است که شدت این اختلال را در زمینه‌های عاطفی، رفتاری، شناختی و جسمانی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس پاسخگویی این ابزار چهار درجه‌ای (صفر تا سه) است. در این آزمون نمره کتر از ۱۰ نشانه فقدان افسردگی و یا کمترین حد افسردگی است، نمره ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط است، از ۱۹ تا ۲۹ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید است و از ۳۰ تا ۶۳ نشانه افسردگی شدید می‌باشد (۳۳). پژوهش‌ها، اعتبار ۳ و پایایی ۴ این پرسشنامه را در سطح بالایی گزارش می‌کنند (۳۴). نتایج فرا تحلیلی حاکی از آن است که همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعه‌های اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. موریسون و بنت (۳۵) نیز ثبات درونی این آزمون را به طور میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای آن را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیر بیمار ۰/۷۱ گزارش کرده اند. فراتحلیل‌ها ضریب همبستگی بین

شکل تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به گروه‌ها عبارتند از: بیش از یک بار خود جراحی طی چند ماه گذشته، تمایل به شرکت در جلسات، محدوده سن ۱۶ تا ۲۰ سالگی، مراجعه به مراکز مشاوره و ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی به طور همزمان (مثل افسردگی عمده، اختلالات دو قطبی، اختلالات اضطرابی، اختلال شخصیت مرزی)، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی دو جلسه متوالی یا غیر متوالی، غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به ادامه جلسات. همچنین در روند اجرای پژوهش، کلیه دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، پرسشنامه‌های پژوهش در محل مطمئن نگهداری می‌شد تا اسامی بیماران محفوظ بماند. در تمامی مراحل پژوهش به دلیل حساسیت و عدم رضایت دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی، عکس‌برداری و فیلم‌برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی‌دی‌های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت.

ابزار

۱. مقیاس گذشت در ارتباطات بین فردی^۱: این مقیاس یکی از ابزارهایی است که برای سنجش ابعاد مرتبط با بخشش استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط مک کالو و همکاران (۲۹) ساخته شده است که سطوحی از حالت‌های نبخشیدن شخص خطاکار را اندازه می‌گیرد. این مقیاس، از نبخشیدن به عنوان یک میل یا انگیزه برای اجتناب کردن از خطاکار و جستجوی انتقام تعریف عملیاتی می‌کند. دو عامل را اندازه می‌گیرد: انگیزه اجتناب (مقابل نزدیک شدن که در این پژوهش در نظر گرفته شده است) و انگیزه انتقام (مقابل نوع دوستی که در این پژوهش در نظر گرفته شده است). این مقیاس شامل ۱۲ عبارت است (هفت عبارت برای انگیزه اجتناب و پنج عبارت برای انگیزه انتقام) و مقیاس پاسخگویی آن پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم = ۰، کاملاً مخالفم = ۳) است. برای مثال دو نمونه از این عبارت‌ها: "تا آنجایی که امکان دارد فاصله بیشتری را بینمان حفظ می‌کنم" (زیر مقیاس انگیزه اجتناب) و "می‌خواهم او به آنچه

2. self-report
3. validity
4. reliability

1. Interpersonal forgiving in close relationships

روند اجرای پژوهش: در ابتدا پژوهشگر با مراجعه به مراکز مشاوره شهر اصفهان و انجام مصاحبه جهت توجیه دلایل پژوهش، به بررسی شرایط ورود افراد به پژوهش پرداخت و پس از مشخص شدن نمونه، افراد به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایدهی شدند و سپس آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون، بر روی دختران نوجوان گروه‌های آزمایش و گواه اجرا گردید. مدت زمان اجرای پژوهش دو ماه بود که از ابتدای آبان ماه ۱۳۹۷ تا اواخر آذرماه به طول انجامید. تعداد جلسات آموزش شناخت رفتاردرمانی دیالکتیک برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که توسط پژوهشگر و یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بر اساس بسته درمانی رفتار درمانی دیالکتیک (۱۷)، ارائه گردید.

سنجش بالینی از افسردگی و افسردگی بک را برای بیماران روان‌پزشکی ۰/۷۲ و برا یافراد سالم ۰/۶ گزارش کردند. بک، استیر و گاربین (۳۶) مقیاس اندازه‌گیری همیلتون و افسردگی بک را روی ۵ بیمار روان‌پزشکی اجرا کردند و میزان ضریب همبستگی بین این دو مقیاس را ۰/۷۳ بدست آوردند. بک، استیر و گاربین (۳۶)، ۱۰ مطالعه را بررسی نمودند که در آنها مقیاس افسردگی بک به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون اجرا شده بود. آنها دامنه ضریب همبستگی پیرسون بین پیش‌آزمون - پس‌آزمون در بیماران روان‌پزشکی را ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کردند. در یک هنجاریابی فتاحی (۳۷)، این پرسشنامه را بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه اجرا نمود و پایایی این آزمون را با روش آزمون - باز آزمون چهار ماهه ۰/۴۹ گزارش کرد.

جدول (۱) چارچوب جلسات آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشباری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست. در این جلسه پیش‌آزمون گرفته شد.
جلسه دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونگی هشباری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های " چگونه " شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود ذهن‌آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
جلسه سوم	مهارت‌های چه چیزی و چگونگی به طور عملی در گروه تمرین شد، چون این تمرین‌ها هسته مرکزی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود.
جلسه چهارم	در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
جلسه پنجم	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجان‌ات و برجسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ات می‌گردد، آموزش داده شد.
جلسه ششم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد.
جلسه هفتم	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت کردن حواس و خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه پرداخته شد.
جلسه هشتم	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های به‌سازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت. در این جلسه پس‌آزمون اجرا گردید.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در روند اجرای پژوهش، کلیه نوجوانان دارای سابقه خودزنی با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه براین، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع آزمودنی‌ها برسد، همچنین در تمامی مراحل پژوهش به دلیل عدم رضایت نوجوانان دارای سابقه خودزنی، عکس برداری و فیلم برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی‌دی‌های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در روند اجرای پژوهش، کلیه نوجوانان دارای سابقه خودزنی با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه براین، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع آزمودنی‌ها برسد، همچنین در تمامی مراحل پژوهش به دلیل عدم رضایت نوجوانان دارای سابقه خودزنی، عکس برداری و فیلم برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی‌دی‌های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته‌ها

تحصیل بودند. با توجه یافته‌های به دست آمده از اطلاعات جمعیت شناختی، بین متغیرهای جمعیت شناختی سن و تحصیلات هیچ یک رابطه معنی‌داری با متغیرهای پژوهش نشان نداد و همه سطوح معنی‌داری از ۰/۰۵ بیشتر بود. بدین ترتیب در بررسی فرضیه‌ها نیازی به کنترل این متغیرهای جمعیت شناختی نبود. یافته‌های توصیفی بخشش خود و افسردگی، در جدول ۲ ارائه گردیده است.

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس و واریانس چند متغیره) تحلیل شد. یافته‌ها در سطح توصیفی نشان داد که ۶۰ درصد نمونه در دامنه سنی ۱۲-۱۴ سال و ۴۰ درصد نمونه در دامنه سنی ۱۴-۱۶ سال قرار داشتند، ۷۰ درصد نمونه تحصیلات پایه هفتم تا نهم و ۲۰ درصد نمونه در پایه دهم مشغول به

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات بخشش خود و افسردگی، در مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گذشت	نوع‌دوستی (مقابل انتقام)	۱۴/۲	۲/۲۱	۲۳/۳	۲/۰۰
		۱۴/۱	۲/۷۳	۱۴/۲۲	۲/۸۵
	نزدیک شدن (مقابل اجتناب)	۱۶/۶۵	۲/۶۶	۳۳/۸	۲/۰۴
		۱۵/۶۵	۲/۶۶	۱۵/۷۵	۲/۲۷
افسردگی	آزمایش	۲۰/۱۳	۱۱/۲۳	۱۱/۲۰	۶/۷۴
	کنترل	۱۹/۲۰	۳/۲۹	۲۰/۸۰	۳/۲۷

نزدیک شدن $(P= ۰/۰۷۳, F= ۵/۴۸۲)$ ، افسردگی $(P= ۰/۰۶۲, F= ۵/۱۵۵)$ و افسردگی $(P= ۰/۰۹۱, F= ۵/۱۵۵)$ بدست آمد که نشان می‌دهد پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون در جامعه رد نشده و باقی‌مانده است، لذا این پیش‌فرض تأیید می‌گردد. نتایج آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون $(F= ۴۱/۹۸, P < ۰/۰۰۱)$ معنادار می‌باشد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در جدول ۳ ارائه گردیده است.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، تفاوت میانگین در نوع‌دوستی، نزدیک شدن و افسردگی معنادار است. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیک ۴۷/۶٪ از تغییرات بخشش خود، ۵۹/۸٪ از تغییرات نوع‌دوستی، ۴۸/۳٪ تغییرات نزدیک شدن و ۷۷٪ از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کند. توان آماری افسردگی معادل ۱/۰۰، توان آماری بخشش خود ۰/۹۹۶، توان آماری معادل ۰/۹۸۹ نوع‌دوستی ۰/۹۹۸ و توان آماری نزدیک شدن معادل ۰/۹۸۹ نشان دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه گیری است (در این پژوهش، نزدیک شدن مقابل اجتناب و

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، متغیرهای گذشت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش بیشتری نسبت به مرحله پیش‌آزمون نشان داده‌اند و متغیر افسردگی، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش بیشتری نسبت به مرحله پیش‌آزمون داشته است. نتایج آزمون شاپیروویلک حاکی از آن بود که توزیع نمرات در متغیرهای گذشت (گروه آزمایش = ۰/۸۹۶، گروه کنترل = ۰/۷۲۱)، نوع‌دوستی (گروه آزمایش = ۰/۸۲۱، گروه کنترل = ۰/۷۸۵)، نزدیک شدن (گروه آزمایش = ۰/۷۹۸، گروه کنترل = ۰/۷۴۶) و افسردگی (گروه آزمایش = ۰/۹۴۷، گروه کنترل = ۰/۷۷۷) همسان با جامعه بوده و کجی و کشیدگی حاصل اتفافی است $(p > ۰/۰۵)$.

جهت بررسی برابری پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای گذشت، نوع‌دوستی، نزدیک شدن و افسردگی $(F= ۴/۸۱۲, p= ۶/۶۱)$ ، بدست آمد. همچنین جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است و سطح معنی‌داری برای متغیرهای گذشت $(F= ۶/۹۴۸, P= ۰/۰۶۰)$ ، نوع‌دوستی $(F= ۶/۱۳۲)$

نوع دوستی مقابل انتقام می‌باشد). به این ترتیب باید گفته شود که رفتار درمانی دیالکتیک بر گذشت و افسردگی دختران نوجوان دارای رفتارهای خودزنی شهر اصفهان تأثیر معناداری دارد.

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس به منظور مقایسه بخشش خود و افسردگی بر حسب گروه پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	Df	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	نوع دوستی (مقابل انتقام)	۲۰/۴۴۱	۱	۱/۸۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۲	۱/۰۰
	نزدیک شدن (مقابل اجتناب)	۸۷/۲۹۹	۱	۱۵/۱۳۳	۰/۰۰۳	۰/۸۵۶	۱/۰۰
	افسردگی	۵۴۱/۵۰۶	۱	۸۶/۲۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۵	۱/۰۰
گروه	نوع دوستی (مقابل انتقام)	۴۵/۰۹۶	۱	۴/۱۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۸	۰/۹۹۸
	نزدیک شدن (مقابل اجتناب)	۹۷/۷۷۴	۱	۳/۳۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۳	۰/۹۸۹
	افسردگی	۵۲۶/۸۵۰	۱	۸۳/۹۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۰	۱/۰۰

بحث

این فرآیند به مرور به دیگر مشکلات روانشناختی از قبیل پرخاشگری و کاهش سازگاری و ایجاد تعارضات عمیق و همچنین بیماری‌های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب در آنان می‌گردد. در رفتار درمانی دیالکتیک توانایی تنظیم و درک هیجان‌ها، به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل بین فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگاران را موجب شود و داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها، اثری بسیار قوی در توانایی خود تنظیمی افراد دارد. خود تنظیمی به همه فرآیندهای روانی که افراد باید به منظور کارکرد انطباقی انجام دهند، اشاره دارد (۳۸). بنابراین تنظیم هیجانی از طریق افزایش خود تنظیمی بر افزایش بخشش دیگران گذارد. یکی دیگر از ویژگی‌های مهم توانا بودن در تنظیم هیجانی، آگاهی هیجانی است که در مهارت‌های تنظیم هیجانی نیز به آن پرداخته می‌شود. آگاه بودن از هیجان‌ها به افراد در مدیریت کنترل اختیاری اعمال کمک می‌کند و بنابراین ممکن است رفتارهای انطباقی را بهبود بخشد (۳۹).

نتایج این پژوهش با یافته‌های کروگر، اسویگر، آرنولد، کاهل و اسنر (۱۸)، مبنی بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، دایمف، کرومر و لینهان (۱۹)، مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در افراد دارای سابقه خودکشی و اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در اختلالات پرخوری سافر، تلچ و چن (۲۰) همسویی غیر مستقیم دارد.

رفتاردرمانی دیالکتیک علاوه بر بخشش دیگران موجبات کاهش افسردگی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی را نیز فراهم آورد. در زمینه مکانیسم احتمالی اثرگذاری رفتار

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر گذشت و افسردگی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی شهر اصفهان انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر افزایش میانگین نمرات گذشت بین فردی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی مؤثر بوده است. در پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش میانگین نمرات بخشش بین فردی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی می‌توان به این نکات اشاره کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در پروتکل درمانی خود چهاربخش ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، اثربخشی بین فردی و تحمل آشفتگی را آموزش می‌دهد و بنابراین توانسته با ارتقای این مهارت‌ها مؤلفه بخشش دیگران را تحت تأثیر قرار دهد و در نهایت بخشش دیگران دختران دارای سابقه خودزنی را افزایش دهد. بخشش دیگران تحولی عاطفی است که آزادانه برگزیده می‌شود و طی آن میل به انتقام و اجتناب از خطاکار کاهش می‌یابد، افرادی که مشکلات خشم و پرخاشگری را به کرات تجربه کرده‌اند به دلیل اینکه یک سری تغییرات احساسی و عاطفی درونی و بدون آگاهانه را تجربه کرده‌اند، از نظر سطح سلامت روانشناختی پایین می‌باشند و لذا نمی‌توانند بخشودگی که یک بخشش اساسی آن، حل کردن مسائل عاطفی درونی هست را تجربه کنند و این باعث می‌گردد بخشودگی در آنها پایین باشد، دختران نوجوان دارای سابقه خودجرمی، نمی‌توانند رفتارهای بخشندگی مانند تغییرات مثبت در پویایی‌های روابط و رشد شخصی و بین فردی را تجربه کنند و حتی قادر به بخشش دیگران نیستند و معتقدند هیچ دلیلی برای بخشش دیگران وجود ندارد و

حالت پریشانی می‌باشد و مطالعات نشان داده است که همه این مهارت‌ها به طور معنی‌داری با شاخص‌های سلامت روان همراه است (۴۰). نتایج این پژوهش با یافته‌های (۲۲)، مبنی بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک در نوجوانان خودکشی‌گرا (۲۱)، مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در افراد دارای سوء مصرف مواد و (۲۷) مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر پرخاشگری نوجوانان همسویی دارد.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش صرفاً بر روی دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی، انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع و نمونه‌های بالینی، بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. علاوه بر آن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی انجام نگرفت و اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان دیگری به صورت همزمان مورد مقایسه قرار نگرفته است، لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی با توجه به اینکه مزیت رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان‌های رایج قبل، پیشگیری از برگشت نشانه‌ها می‌باشد لذا دوره بلند مدت‌تر (حداقل دو الی شش ماه) برای بررسی پایداری اثر درمان نتایج صورت بگیرد، به علاوه پیشنهاد می‌گردد از دیگر درمان‌های روانشناختی به طور همزمان برای مقایسه اثربخشی درمان در دختران نوجوان دارای سابقه خودزنی استفاده گردد. همچنین این پژوهش بر روی جوامع دیگر و نمونه‌های بالینی نیز انجام گردد.

منابع

1. Hawton K, Saunders K, Connor R. Self-harm and suicide in adolescents. 2012; the Lancet, 379(9834), 2373-2382.
2. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J of Abnorm Psychol.* 2005; 114:140-146.
3. Khanipour H, Barjaili A, Falsfinejad MR. Suicidal self-immolation in juvenile offenders with a history Child Abuse: Motives and Suicide Special Personnel Schedule. 2017;12(23): 59-79. (Persian)
4. Nock M K, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *J of Psychiatry Res.* 2007; 144(7): 65-72.
5. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and

درمانی دیالکتیک بر افسردگی دختران نوجوان، می‌توان اینگونه مفهوم‌سازی کرد که از همان اولین جلسه درمان سعی بر آن شد که افراد خود را در جوی مملو از آرامش حس کنند. افراد با استفاده از فنون و مهارت‌های معرفی شده در بخش تنظیم هیجان برنامه درمانی خود، مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان مراجعان را هدف قرار داده و بهبود می‌بخشد. به نظر می‌رسد این روش ترکیبی که از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری مبتنی بر یادگیری است، به دنبال ایجاد ذهن‌آگاهی بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در بیماران دارای سابقه خودزنی، زمینه مناسبی را برای تغییر رفتار این افراد فراهم می‌سازد. در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی، با تکیه بر بنیادهای مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به کارگیری آموخته‌ها و تعمیم مهارت‌های خاص، باعث جلوگیری از چرخه معیوب رفتاری این افراد شده و از تجربه‌های هیجانی و آزارنده آنها می‌کاهد و با تغییر رفتار آنان که حتی بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی بودن آنها تقویت شده، باعث می‌شود تا آنها مهارت‌های رفتاری جدیدی را برای خود برگزینند، تجارب هیجانی خود را بشناسند، تحمل ناکامی خود را افزایش دهند و آن را در محیط واقعی زندگی به اجرا درآورند. می‌توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی، با افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید یا مهارت‌هایی که به طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش مراجع، اطمینان از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش خود درمانگر، مسیر جدیدی را در درمان نوجوانان دارای سابقه خودزنی فراهم نموده است.

همچنین از مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجانی می‌باشد، که شامل توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها، شناسایی و نام گذاری هیجان‌ها و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آن‌ها، آگاهی از برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر، پذیرش و تحمل هیجان منفی به جای اجتناب از شرایط پریشانی جهت رسیدن به اهداف مهم و حمایت توأم با شفقت در

- as a DSM-V Disorder. *American Psychiatric Association*. 2009; 1-21.
21. Linhan MM, Chen EY. Dialectical behavior therapy in eating disorders. In Freeman. A., (Ed). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp ivi). New York: Springer;
 22. Ross S, Heath N. A Study of the Frequency of Self Mutilation in a Community Sample of adolescents. *J of Youth and Adolesc*. 2002; 31(1): 67-77.
 23. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiat*. 2003; 11(1): 43-35.
 24. Gray NO, Susan P, Keane RM, Hurst JT, Mitchell JB, Warburton JT, Chok AR. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behav Res Ther*. 2006; (44):1811-20.
 25. Alavi kh. The Effectiveness of Group Dialectic Behavioral Therapy in Reducing Depression Symptoms Students in Mashhad. MSc Thesis. Ferdowsi University of Mashhad. 2009. (Persian)
 26. Madahi ME, Madah L. Effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing depression and suicide thoughts in girl students. *J of Sch Psychol*. 2014; 3(16): 74-85. (Persian)
 27. Alijanzadeh M, Makvand-Hosseini Sh, Kianersi F. The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Skills Training) on Aggression in Adolescents. *J of Clin Psychol*. 2014; 3 (23): 17-29. (Persian)
 28. Fatahi R. The Effectiveness of the Islamic Menu Therapeutic Group on Depressed Symptoms and quality of life of female students of Isfahan University, Master's thesis. University of Esfahan. 2010. (Persian)
 29. McCullough M E, Rachal KC, Sandage S J, Worthington EL, Brown SW, Hight TL. Interpersonal forgiving in close relationships II: Theoretical elaboration and measurement. *J of Pers and Soc Psychol*. 1988; 75(6): 78-99.
 30. McCullough ME, Bellah CG, Kilpatrick SD, Johnson JL. Vengefulness: Relationships with forgiveness, rumination, well-being, and the big five. *Pers Soc Psychol Rev Bulletin*. 2011; 27(5): 601-610.
 31. Khojasteh Mehr R, Karaiehi A, Abbaspour Z. Characteristics Evaluation Psychometric Analysis of Injury Related Injury Questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2010; 31(3): 22-37. (Persian)
 32. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1993.
 33. Marnat, Gary Hertha. Psychological Evaluation Guide. Translation by Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. Speech Publication: Tehran. 2005. (Persian)
 - suicide attempts in a sample of adolescents. *J of Suicide Life Threat Behav*. 2004; 34(8): 12-22.
 6. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. 2018; 115(3):23-30. doi: 10.3238/arztebl.2018.0023.
 7. Ross S, N L. Heath. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *J of Youth and Adolesc*. 2002; 31(14):67-77.
 8. Bakken NW. Self-Cutting and Suicidal Ideation among Adolescents: Gender Differences in the Causes and Correlates of Self-Injury. *J of Deviant Behav*. 2012; 33(7): 339-356.
 9. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry 11th edition. Published by LWW. 2015.
 10. Jahangasht Kh, Asiri SH, Pakseresht S, Kazemnejad-Leili E. Prevalence of Depression Symptoms and its related Factors in School Students. *J of Nurs and Midwifery* 2014; 26(9): 8-15. (Persian)
 11. Mc Cullough M, Root LM. Forgiveness as change. In: E.L. Worthington Jr Editor. *Handbook of forgiveness*. Brunner-Routledge. New York. 2005; pp. 207-226
 12. Hall JH, Fincham FD. The temporal course of self-forgiveness. *J of Soc and Clin Psychol*. 2008; 27(12): 174-202.
 13. Wohl MJ, DeShea L, Wahkinney RL. Looking within: Measuring state Other-Forgiveness and its relationship to psychological wellbeing. *Canadian J of Behav Sci*. 2008; 40:1-10.
 14. Hawton K, Hall S, Simkin S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005; 44(9): 1191-98.
 15. Robins CJ, Koons CR. Dialectical behavior therapy for severe personality disorder. In J.J. Magnavita (Ed.). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. New York: Wiley; 2004.
 16. Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford .2007; 14(5): 38-95.
 17. Linehan MM. Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder. New York, USA: the Guilford press. 1993.
 18. Kroger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, gkahl K, schunert T. Effective of dialectical Behavioral therapy for borderline personality disorder in an inpatient unit. *Behav res and ther*. 2006; 44: 1211-1217
 19. Dimeff L, korner K, Linehan MM. Summary research on DBT. The Behavioral technology transfers group; 2001.
 20. Shaffer D, Jacobson C. Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)

34. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: longer term management. NICE clinical guideline 133. London: National Institute for Clinical Excellence. 2007.
35. Morrison V, Bennett P. An introduction to health psychology: Pearson Education; 2009.
36. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years later. *J of Clin Psychol Rev.* 1988; 8, 77-100.
37. Fatehizadeh M, Shafiabadi A, Eatemadi A, Delavar A. The effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms of borderline personality disorder in female patients of Isfahan. *J Psychol Stud.* 2006; 2(3-4):7-24. (Persian)
38. Trousselard M, Steiler D, Raphel D, Cian C, Duymedjian R, Claverie D, Canini D. Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory- short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Bio Psycho Soc Med.* 2010; (4):1-11.
39. Jerman F, Van-Der-Linden M, Acremont M, Zermatten, A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *Eur. J of Psychol Assess.* 2006; 22(2): 126-131.
40. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Jun; 79(3): 307-18.