

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی

The effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism and self-injurious behaviors of aged 12-18 year with bipolar disorder

Fatemeh Samadi

PhD student in clinical psychology, Department of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Dr. Seyedabdlmajid Bahrainian*

Professor of Clinical Psychology, Department of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. abdolmajidbahrainian@gmail.com

Dr. Katayon Razjoyan

Associate Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Dr. Fatemeh Shahabizadeh

Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

فاطمه صمدی

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند،

دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

دکتر سید عبدالمجید بحرینیان (نویسنده مسئول)

استاد تمام روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند، دانشگاه

آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

دکتر کاتایون رازجویان

دانشیار روانپزشکی کودک و نوجوان، دپارتمان روانپزشکی، بیمارستان امام

حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

دکتر فاطمه شهابی زاده

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد

اسلامی، بیرجند، ایران.

Abstract

The purpose of the present study was to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism, and self-injurious behaviors of 18-12-year-olds with bipolar disorder. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of 18-12-year-olds with bipolar disorder in 2022, 40 teenagers were selected from this population by targeted sampling from Imam Hossein Hospital in Tehran, Saadat Abad Clinic, and Qayim Shahr Clinic and based on structured clinical interviews. were selected and placed in two experimental and control groups (20 people for each group). To collect data from the aggression questionnaire (AQ, Bass and Perry, 1992), a self-injurious behavior questionnaire (ISAS, Klonsky and Glenn, 2009), and a self-criticism questionnaire (LOSC, Thompson and Zoraf, 2004) were used. The data analysis was done with the statistical method of multivariate covariance analysis. The results showed that by controlling the pre-test effect between the mean of self-injurious behaviors, aggression, and post-test self-criticism of the experimental group and there is evidence of a significant difference in the level ($P<0.01$). In fact, dialectical behavior therapy reduces aggression, self-criticism, and self-injurious behaviors in adolescents with bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder, aggression, self-criticism, self-injurious behaviors, dialectical behavior therapy.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی در سال ۱۴۰۱ بودند که از این جامعه به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین بیمارستان امام حسین تهران، مطب سعادت آباد و مطب قایم شهر و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته، تعداد ۴۰ نوجوان انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ نفر برای هر گروه جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه پرخاشگری (AQ، Bass و Perry, 1992)، پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان (ISAS، کلونسکی و گلن, ۲۰۰۹) و پرسشنامه خودانتقادی LOSC، تامپسون و زوراف، ۲۰۰۴) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین رفتارهای خودآسیب‌رسان، پرخاشگری و خودانتقادی پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ($P<0.01$) وجود داشت. در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، پرخاشگری، خودانتقادی، رفتارهای خودآسیب‌رسان، رفتار درمانی دیالکتیکی

مقدمه

یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی، اختلال دوقطبی است که با عود مکرر دوره‌های شیدایی و افسردگی شناخته می‌شود. این اختلال، بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که با ابتلاء به آن، خلق فرد آسیب دیده و به طور مستمر و غیرعادی از حالت خیلی خوب به خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. این نوسانات معمولاً هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشند. بروز دوره‌های مکرر افسردگی و شیدایی بر کارکرد فرد در حیطه‌های فردی، حرفه‌ای، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی تأثیر می‌گذارد (آوو^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). به گفته مؤسسه ملی سلامت روان^۲، تقریباً شش میلیون نفر در آمریکا در بازه‌ای از زندگی خود مبتلا به اختلال دوقطبی بوده‌اند. اگر چه متخصصان این شرایط را در دوران کودکی هم دیده‌اند؛ اما اختلال دوقطبی بیشتر در اواخر نوجوانی مستند شده است (محمودی و همکاران، ۱۳۹۸). اختلال دوقطبی یک بیماری روانپزشکی مزمن که میزان شیوع آن ۱/۵۷ درصد گزارش شده است (ژانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). فراوانی این اختلال در جمعیت ایرانی نیز ۷/۹ درصد گزارش شده است (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی از متغیرهایی که در بیماران دوقطبی نقش مهمی داشته باشد؛ پرخاشگری^۴ است. کونولی^۵ و همکاران (۲۰۱۰) پرخاشگری را به عنوان یک مشکل جهانی در میان همه نوجوانان اعلام کرده‌اند و آن را مختص فرهنگ و جامعه خاصی نمی‌دانند. آنچه باعث توجه محققان به رفتار پرخاشگرانه شده است، آثار نامطلوب آن بر رفتار بین‌فردی و همچنین آثار ناخوشایند آن بر حالات درونی افراد است. رفتارهای پرخاشگرانه از شکل‌ها و جلوه‌های متفاوتی برخوردار است و همچنین از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان‌شناختی است و از سوی دیگر عوامل ژنتیک، قومیت، و رانت و فرهنگ در ایجاد و گسترش آن نقش اساسی بر عهده دارند (ستی و بوچارت^۶، ۲۰۲۲). یکی از تعریف‌هایی که از نظر تاریخی به طور گسترده‌ای مورد پذیرش قرار گرفته است، تعریف باس و پری^۷ (۱۹۹۲) است که اظهار می‌دارد پرخاشگری پاسخی است که موجب آثار آسیبزا در دیگر ارگانیزم‌ها شود. برخی دیگر وضوح بیشتری به تعریف داده‌اند و مفاهیمی همچون نیت مرتكب شونده خشونت و انگیزه قربانی برای پرهیز از آن را اضافه کرده‌اند (اندریوز و جنکینز، ۲۰۱۹). پرخاشگری در افراد دارای اختلالات دوقطبی با شدت افزایش خلق در دوره شیدایی و وجود اختلال شخصیت در کنار تشخیص اصلی، مرتبط است. در واقع، افراد در دوره‌های شیدایی دارای خلق تحریک‌پذیر، بی‌ثباتی عاطفی، بی‌قراری روانی حرکتی و پرخاشگری می‌باشند (وردولینی^۸ و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی که با ناسازگاری‌های متعددی در بیماران دوقطبی در ارتباط است، خود انتقادی است. مدل نظری و تجربی پیشنهادشده توسط زوراف^۹ و همکاران (۲۰۲۱) ادعا می‌کند که ویژگی‌های انگیزشی، شناختی و بین فردی خود انتقادی به صور پویا با عوامل محیطی تعامل دارد و باعث افزایش و حفظ آسیب‌ها و ناراحتی‌های روانی می‌شود. بلات و زاروف^{۱۰} (۱۹۹۲) معتقدند افراد خود انتقاد دارای مشخصه‌های احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و شکست شناسایی شده‌اند. خود انتقادی به عنوان یک عامل منحصربه فرد پیش‌بینی افسردگی (ونزل^{۱۱}، ۲۰۲۲) و احساسات منفی (تولان^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹) شناخته شده است. با توجه به نظر تامپسون^{۱۳} و زوراف (۲۰۰۴) دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی وجود دارد: انتقاد از خود مقایسه‌ای و انتقاد از خود مقایسه‌ای به عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در مقابل دیگران تعریف می‌شود. در این سطح تمرکز بر روی مقایسه نامطلوب خود با دیگران است که به صورت برتر دیدن دیگران صورت می‌گیرد و فرد دیدی خصم‌نامه یا انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد. در نتیجه این ارزیابی‌ها فرد دچار ناراحتی و ناراضایتی در برخورد با دیگران می‌شود. سطح دیگر خود انتقادی، مربوط می‌شود به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی. بر اساس پژوهش‌های تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) استانداردهای داخلی این افراد همواره استانداردهای

1. Au

2. National Institute of Mental Health

3. Zhang

4. aggression

5. Connolly

6. Sethi & Butchart

7. Boss & Perr

8. Andrewes & Jenkins

9. Verdolini

10. Zuroff

11. Blatt & Zuroff

12. Wenzel

13. Toolan

14. Thompson

سطح بالایی را شامل می‌شوند و همواره نگاهی به گذشته دارند. در نتیجه دستیابی به استانداردهای شخصی، مشکلی بزرگ برای آن‌ها محسوب می‌شود. تمرکز خود انتقادی درونی بر مقایسه خود با دیگران نیست، بلکه بر کمیودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز می‌کند. به طوری که آرواتا^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی دریافتند افرادی که سطح بالایی از خودانتقادی دارند، بیشتر در معرض اختلال افسردگی و دوقطبی هستند. همچنین گیل^۲ (۲۰۲۰) در مطالعه دیگری نشان دادند که بیماران دوقطبی مشکلات زیادی در زمینه عزت نفس داشته و نسبت به خود انتقاد کرده و مهارت‌های مقابله‌ای کمتری برای مشکلات دارند.

اختلال دوقطبی با ویژگی‌های آشفتگی در حالت‌های هیجانی، افسردگی و رفتارهای خود آسیب‌رسان^۳ همراه است. خودآسیب‌رسانی (مسومومیت عمدی یا خودآسیبی بدون توجه به قصد خودکشی یا انواع دیگر انگیزه‌ها) یک مشکل رو به رشد در اکثر کشورها است که اغلب تکرار می‌شود و با خودکشی همراه است (ویت^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). خودکشی و خودآسیب‌رسانی در میان نوجوانان رایج است که با رنج ناشی از عملکرد، مشکلات روانی- اجتماعی و مراقبت همراه است (لینیدگرن^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). رفتار خودآسیب‌رسان فعالیتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بدون هیچ گونه قصد خودکشی روی فرد و توسط خودش اعمال می‌شود، پدیده‌ای است که هنوز یافته‌های زیادی در مورد علت بروز آن به دست نیامده است و مانند پازلی تکمیل نشده می‌ماند. اعمالی چون سوزاندن، بربیدن و خودزنی از مشخصه‌های رفتار خود آسیبی است (بلاسکو-فونتکلیا^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). عادت‌های خود تخریبی ممکن است نه تنها باعث به وجود آمدن بیماری شود، بلکه می‌تواند زندگی خوب جسمانی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. بسیاری از افرادی که خودزنی می‌کنند، به این دلیل دست به چنین اعمالی می‌زنند تا احساس بهتری پیدا کنند یا این اعمال برای مدتی آنها را از شر دردشان خالص کند (بجوربرگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). به طوری که در بیماران دوقطبی تحریک‌پذیری باعث تعجلی، فشار روانی، حساسیت بیش از اندازه به رفتارهای دیگران می‌شود. این بیماران تحت تأثیر این موارد اغلب خشمگین می‌شوند اما برای توجیه خشم خود به دنبال علت بیرونی می‌گردند. اصرار به تغییر دیگران، انتقاد از آنان و توقعات بیش از اندازه همگی به روابط بین فردی آن‌ها لطمه می‌زنند و لذا رفتارهای خودآسیب‌رسان در این بیماران بیشتر دیده می‌شود (رحمان^۸ و همکاران، ۲۰۲۱؛ لانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۰).

در درمان اختلال دوقطبی تقریباً به طور کامل بر درمان دارویی تأکید شده است. تاکنون داروهای مختلفی به عنوان تثبیت کننده‌ی خلق معرفی شده‌اند. اگرچه درمان دارویی، درمان اصلی برای بیماران مبتلاه به اختلال دوقطبی محسوب می‌شود؛ اما تحقیقات در طی ۵ سال گذشته نشان می‌دهد که افزودن مداخلات موج سوم به برنامه‌ی درمان کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (بی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از رویکردهای جدیدی که هم از اصول درمان‌های شناختی- رفتاری بهره می‌برد رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی^{۱۱} است که توسط لینهان^{۱۲} در سال ۱۹۹۳ برای درمان اختلال شخصیت مرزی مطرح گردید (مارکو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۳). این رویکرد برای طیف بسیار وسیعی از جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است (زانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در زمینه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان در یک جمعیت غیربالینی، مطالعه‌ای اندکی صورت گرفته، اما در بیشتر مطالعاتی که در جمعیت‌های مختلف از جمله اختلال شخصیت مرزی، بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت، نوجوانان خودکشی‌گرا و اختلال دوقطبی صورت گرفته است، کاهش خشم و پرخاشگری یکی از شاخص‌های اصلی بهبودی در این مطالعات بوده است که نشان دهنده مؤثر بودن رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان است (تومنیپسید^{۱۴}، ۲۰۱۰). فیلیپس^{۱۵} (۲۰۲۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای

- 1. Aruta
- 2. Gill
- 3. self-injurious behaviors
- 4. Witt
- 5. Lindgren
- 6. Blasco-Fontecilla
- 7. Bjureberg
- 8. Rahman
- 9. Long
- 10. Ye
- 11. dialectical behavioral therapy
- 12. Linehan
- 13. Marco
- 14. Turnipseed
- 15. Phillips

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی
The effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism and self-injurious behaviors of ...

خودآسیب‌رسان سربازان دارای سابقه خودزنی مؤثر بود. همچنین دالنیک^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که به کارگیری راهبردهای رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش بیش فعالی، تکانشگری، پرخاشگری/آشوب و نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع‌پسند و افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان مؤثر است. فیلیس چاکر^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای آسیب‌رسان انجام دادند، نتایج پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خود-آسیب‌رسان نوجوانان بزهکار مؤثر است. بارنارد-بارک^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی مانند مهارت‌های بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل ناکامی و ارائه راه حل‌های جدید می‌تواند به نوجوانان در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک کننده باشد. دوربین^۴ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود گزارش کردند که اختلال دوقطبی، وجود ناهنجاری‌هایی را در قسمت‌های مغزی مهم درگیر در تنظیم رفتار هیجانی مانند کرتکس پیش‌پیشانی نشان داده‌اند. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در رفتار درمانی دیالکتیکی به مراجعان آموزش می‌دهد تا نسبت به هیجان‌ها، افکار و رفتارهای خودآگاهی بیشتری کسب کنند و درنتیجه، میزان خودکنترلی و توانایی مدیریت هیجان‌ها را در افراد بالا می‌برد.

به نظر می‌رسد اکثر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه مرکز بر بررسی کارایی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان افسردگی یک قطبی بوده و تعداد کمی از مطالعات به ارزیابی سودمندی و اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری در درمان اختلال دوقطبی پرداخته‌اند و علاوه بر مطالب فوق‌الذکر، چون تأثیرات مداخلات روانی بر روی اختلال دو قطبی در ایران کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است؛ لذا ضرورت انجام پژوهش رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغیرهای پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی پرداخته است. هدف کلی در این پژوهش درمان بیماران دوقطبی با رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی است و سعی بر آن است که از طریق درمان‌های شناختی فعالیت‌ها و تجربه‌های مثبت، رفتارهای انطباقی و توانایی برخورد با مشکلات زندگی، کنترل افکار، احساسات و رفتار و توجه، تمرکز و بینش را افزایش داده و باعث کاهش نوسانات خلقی و کاهش دوره‌های عود مانیا و عالیم سایکوز در بیماران دوقطبی شد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی در سال ۱۴۰۱ بودند که از این جامعه به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین بیمارستان امام حسین تهران، مطب سعادت آباد و مطب قایم شهر و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته، تعداد ۴۰ نوجوان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰) جایگرین شدند. به طوری که گروه آزمایشی اول، رفتار درمانی دیالکتیکی را ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته دو جلسه دریافت کرده؛ در حالی که گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس پرونده پژشکی، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت نامه کتبی، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، داشتن سن ۱۲ تا ۱۸ سال، بهبودی کامل یا نسبی، بسترهای نشدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل مسایل روانپزشکی بود. شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری، نداشتن اختلال شخصیت همایند و داشتن عالیم سایکوتیک بارز نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شده بود. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش تمامی شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند، تمامی اطلاعات شخصی آن‌ها محروم‌باقی ماند، شرکت‌کنندگان می‌توانستند هر زمان که خواستند درمان را ترک کنند. همچنین بعد از اتمام پژوهش، درمانی که به روی گروه آزمایش اجرا شد، بر روی گروه گواه نیز اعمال گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه پرخاشگری^۱ (AQ): سخنه جدید پرسشنامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصوصت بود، توسط باس و پری (۱۹۹۲) مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیر مقیاس است، که عبارت است از پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصوصت، آزمودنی‌ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از: کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است نه شبیه من نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، تا به شدت شبیه من نیست (۱). دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها بدست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۲۹ و ۱۴۵ است. پرسشنامه پرخاشگری دارای پایایی و روایی قابل قبولی است. به طوری که در مطالعه لئون^۲ و همکاران (۲۰۰۲) پایایی، روایی سازه و روایی همگرايی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد و روایی این پرسشنامه از طریق مقایسه با مقیاس سیاهه خشم صفت-halt ارزیابی شد؛ که نتایج از روایی همگرايی بالای ۰/۸۴ حکایت داشت. همچنین نتایج ضربی بازآزمایی به فاطمه سه هفته برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به دست آمده است (سامانی، ۱۳۸۶). جهت سنجش همسانی درونی مقیاس از ضربی آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصوصت ۰/۸۰ بود (سامانی، ۱۳۸۶). همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضربی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس رفتارهای خودآسیب‌رسان^۳ (ISAS): فهرست و سیاهه رفتاری و کارکردی خودگزارشی خود-آسیب‌رسانی توسط کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲ بخش رفتاری و کارکردی است. بخش رفتاری شامل ۴ سؤال است. بخش کارکردی شامل دو عامل کارکردهای درون فردی: ۵ کارکرد: تنظیم هیجانی، ضدتجزیه ای، ضدخدوشکشی، ابراز آشفتگی و تنبیه خود و بین فردی: ۸ کارکرد دیگر است و با ۶۹ گویه سیزده نوع کارکرد را می‌سنجد. این ۱۶ کارکرد یا زیرمقیاس عبارتند از: تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، مراقبت از خود، ضدتجزیه ای، ضدخدوشکشی، حس جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، انتقام گیری و خودنمختاری می‌باشد. روایی صوری و محتوا این مقیاس با نظر اساتید دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است و سیاهه پایایی سازه بالای ۰/۷۹ برخوردار بود و همسانی درونی ۰/۸۹ برای نمره کل به دست آمد (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). همچنین در ایران روایی محتوا این ابزار توسط روانشناس و روانپژوه تأیید شد. در بخش کارکردی با نظر متخصصان ۶ گویه را حذف و با ۶۳ گویه کار شد. همچنین در تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده ۸ عامل شناسایی و همبستگی گویه‌ها ۰/۸۷ به دست آمد. ضربی آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون ۰/۹۴ بود (جنود و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضربی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۹۰ به دست آمد.

مقیاس خودانتقادی^۴ (LOSC): این مقیاس توسط تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) ساخته شده است که شامل ۲۲ ماده است. پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت از بسیار خوب توصیف کننده من است (۶) تا اصلاً توصیف کننده من نیست (۰) نمره‌گذاری می‌شود. آیتم‌های خرده مقیاس خودانتقادی درونی شده شامل سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ و آیتم‌های خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای نیز شامل سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ است. همچنین سؤالات ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ نمره‌گذاری معکوس دارند. تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) ضربی پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند و همچنین روایی صوری این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهشی نوربala (۱۳۹۱) ضربی همسانی درونی مقیاس خودانتقادی در کل نمونه را ۰/۹۰ گزارش کردند. روایی مقیاس با اجرا بر روی ۴۶۸ دانشجو و با روش تحلیل عوامل و ضربی همبستگی گویه‌ها با نمره کل مطلوب ۰/۸۶ بوده است. همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضربی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۷ به دست آمد.

1. Aggression questionnaire

2. Leon

3. nonsuicidal self-Injury

4. Levels of Self Criticism Scale

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی
The effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism and self-injurious behaviors of ...

بسته رفتاردرمانی دیالکتیکی: پروتکل آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس نظریه مارشال لینهان و توسط علیجانزاده و همکاران (۱۳۹۳) تهیه شده و در چهار هفته (دو جلسه در هفته) به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. محتوای جلسات به این صورت است:

جدول ۱: برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	محظوظ
جلسه اول	پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضا گروه در بخش مهارت‌های هشیاری فرآگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضا گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا است.
جلسه دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونه هشیاری فرآگیر شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های شامل اتخاذ موضع غیرقضاؤی، خوددهن آگاهی و کارآمد عمل کردن است.
جلسه سوم	مهارت چه چیز و چگونه به طور عملی در گروه آموزش داده می‌شود. چون این تمرین‌ها هسته مرکزی رفتاردرمانی دیالکتیکی هستند؛ بنابراین در ابتداء آموزش داده می‌شوند.
جلسه چهارم	در این مرحله علاوه بر مرور تمرین‌های جلسه قبل، به آموزش بخشی از مهارت تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته می‌شود.
جلسه پنجم	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد، آموزش داده می‌شود.
جلسه ششم	در این جلسه ضمن مرور، مهارت‌های جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته می‌شود.
جلسه هفتم	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پرداختی، یعنی راهبردهای بقاء در بحران شامل: مهارت‌های پرت کردن حواس، خودآرام سازی با حواس پنجگانه پرداخته می‌شود.
جلسه هشتم	ضمن مرور مهارت‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه شدن با ناکامی و احساس خشم به صورت عملی آموزش داده می‌شود. همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان نیز مدنظر قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

یافته‌هایی جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گروه گواه به ترتیب برابر با ۱۴/۳۰ و ۱۴/۸۵ بود. همچنین در گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی) فراوانی و درصد پایه هشتم به ترتیب ۴٪ (۰/۲۰)، پایه نهم فراوانی ۹٪ (۰/۴۵) و گروه گواه فراوانی ۷٪ (۰/۳۵) و گروه گواه فراوانی مربوط به پایه هشتم ۸٪ (۰/۴۰)، پایه نهم ۹٪ (۰/۴۵) و پایه دهم ۳٪ (۰/۱۵) بودند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس آزمون گروه‌ها نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

متغیرها	مرحله	گروه آزمایش	میانگین (انحراف معیار)	گواه	میانگین (انحراف معیار)
پرخاشگری بدنی	پیش آزمون	(۱/۲۱) ۲۲/۷۰	(۱/۲۱) ۲۳/۸۰	(۱/۸۲)	(۰/۹۸) ۲۲/۸۵
	پس آزمون	(۱/۴۷) ۱۹/۲۰	(۱/۴۷) ۱۹/۲۰	(۰/۹۸)	(۰/۹۸) ۱۴/۹۵
پرخاشگری کلامی	پیش آزمون	(۰/۸۸) ۱۵/۰۵	(۰/۸۸) ۱۴/۹۵	(۰/۹۸)	(۰/۹۸) ۱۳/۶۵
	پس آزمون	(۱/۳۵) ۱۰/۵۰	(۱/۳۵) ۱۰/۵۰	(۱/۱۳)	(۱/۱۳) ۲۴/۲۵
خشم	پیش آزمون	(۱/۱۳) ۲۴/۸۵	(۱/۱۳) ۲۴/۸۵	(۱/۴۹)	(۱/۴۹) ۲۳/۳۵
	پس آزمون	(۲/۰۴) ۱۸/۸۰	(۲/۰۴) ۱۸/۸۰		

(۱/۳۹) ۲۰/۰۵	(۱/۳۰) ۱۹/۳۵	پیش آزمون	خصوصت
(۱/۷۶) ۲۰/۰۵	(۲/۴۶) ۱۶/۵۰	پس آزمون	
(۱/۲۵) ۳۰/۲۵	(۱/۶۱) ۲۹/۹۰	پیش آزمون	خودانتقادی درونی
(۱/۷۳) ۲۹/۹۵	(۱/۷۶) ۲۵/۹۵	پس آزمون	
(۱/۰۳) ۳۷/۱۵	(۰/۹۲) ۳۷/۳۰	پیش آزمون	خودانتقادی مقایسه
(۰/۹۹) ۳۶/۴۰	(۱/۵۸) ۳۲/۹۰	پس آزمون	
(۱/۳۰) ۱۵/۱۵	(۱/۰۸) ۱۴/۸۵	پیش آزمون	کار کرد درون فردی
(۱/۱۰) ۱۵/۲۰	(۱/۵۶) ۱۰/۶۵	پس آزمون	
(۰/۹۹) ۲۱/۹۵	(۰/۸۲) ۲۲/۵۵	پیش آزمون	کار کرد برون فردی
(۱/۰۱) ۲۱/۸۰	(۱/۱۸) ۱۶/۴۰	پس آزمون	

مندرجات جدول ۲ نشان می دهد که در پس آزمون میانگین نمرات پرخاشگری و مؤلفه های (پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصوصت)، خودانتقادی و مؤلفه های (خودانتقادی درونی و مقایسه ای) و رفتارهای خودآسیب رسان و مؤلفه های (کار کرد درون و برون فردی) در گروه آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیکی) کاهش یافته؛ اما در گروه گواه تغییر زیادی ایجاد نشده است.

به منظور انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری ابتدا پیش فرض همگونی شبیه خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد و نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای پرخاشگری ($P > 0.05$, $F = 2/98$)، خودانتقادی ($P > 0.05$, $F = 3/11$) و رفتارهای خودآسیب رسان ($P > 0.05$, $F = 3/43$) حاکی از رعایت این پیش فرض بود. به علاوه آزمون برابری واریانس از طریق آزمون لون (پرخاشگری، $P > 0.05$, $F = 0/25$)، خودانتقادی ($P > 0.05$, $F = 0/98$) و رفتارهای خودآسیب رسان؛ ($P > 0.05$, $F = 0/78$) حاکی از برقرار بودن این پیش فرض های برای متغیرهای وابسته بود. همچنین نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف نشان داد که داده ها نرمال هستند ($P > 0.05$)؛ بنابراین بر اساس این مفروضه ها و پیش شرط های آزمون تحلیل کوواریانس که محقق شده اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون باکس مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برابر $0/37$ می باشد و این مقدار بیشتر از سطح معناداری $0/05$ است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که این پیش فرض جهت انجام آزمون تحلیل مانکووا رعایت شده است. به عبارت دیگر، همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای پژوهش برقرار است و از نظر ماتریس واریانس- کوواریانس تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول ۳: نتایج مربوط به شاخص های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب ایتا
لامبادای ویلکر	۰/۰۷	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱
اثر پیلایی	۰/۹۳	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۳/۵۶	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۳/۵۶	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۳ آماره چند متغیره لامبادای ویلکر برابر $0/006$ ، مقدار F برابر $0/001$ و سطح معنی داری برابر $0/0001$ است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی داری از $0/05$ و پس از تعديل نمرات پیش آزمون، میزان نمرات پس آزمون متغیرهای پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب رسان در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی
The effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism and self-injurious behaviors of ...

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) برای متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیش-آزمون	پرخاشگری بدنی	۱۴/۷۶	۱	۱۴/۷۶	۸/۷۵	۰/۰۰۶	۰/۲۰
	پرخاشگری کلامی	۲/۱۰	۱	۲/۱۰	۱/۴۳	۰/۲۳	۰/۰۴
	خشم	۳۰/۱۴	۱	۳۰/۱۴	۹/۲۴	۰/۰۵	۰/۲۱
	خصومت	۳/۷۷	۱	۳/۷۷	۳/۷۷	۰/۳۸	۰/۰۲
	خودانتقادی درونی	۷/۱۶	۱	۷/۱۶	۷/۱۶	۰/۱۴	۰/۰۵
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۱۷/۱۴	۱	۱۷/۱۴	۹/۳۱	۰/۰۴	۰/۲۰
	کارکرد درون فردی	۹/۶۲	۱	۹/۶۲	۵/۱۵	۰/۰۳	۰/۱۲
	کارکرد برون فردی	۲۱/۲۹	۱	۲۱/۲۹	۱۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲
اثر گروه	پرخاشگری بدنی	۱۱۲/۲۹	۱	۱۱۲/۲۹	۶۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	پرخاشگری کلامی	۸۶/۰۷	۱	۸۶/۰۷	۵۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خشم	۱۶۶/۷۰	۱	۱۶۶/۷۰	۵۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خصومت	۱۰۶/۹۲	۱	۱۰۶/۹۲	۲۲/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	خودانتقادی درونی	۱۵۸/۸۶	۱	۱۵۸/۸۶	۵۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۱۲۰/۷۱	۱	۱۲۰/۷۱	۶۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	کارکرد درون فردی	۱۹۲/۶۳	۱	۱۹۲/۶۳	۱۰۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	کارکرد برون فردی	۲۴۸/۳۴	۱	۲۴۸/۳۴	۱۹۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴
خطا	پرخاشگری بدنی	۵۷/۳۳	۳۴	۱/۶۸			
	پرخاشگری کلامی	۴۹/۹۱	۳۴	۱/۴۶			
	خشم	۱۱۰/۸۷	۳۴	۳/۲۶			
	خصومت	۱۶۲/۳۲	۳۴	۴/۷۷			
	خودانتقادی درونی	۱۱۴/۳۶	۳۶	۳/۱۷			
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۶۶/۲۶	۳۶	۱/۸۴			
	کارکرد درون فردی	۶۷/۲۳	۳۶	۱/۸۶			
	کارکرد برون فردی	۴۵/۳۱	۳۶	۱/۲۵			

بر اساس نتایج جدول ۴، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، رفتار درمانی دیالکتیکی منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در متغیرهای پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان ($P < 0.001$) شد. بدین معنا که بخشی از تفاوت‌های فردی در متغیرهای پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان به دلیل تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر مداخله) بود. از این رو می‌توان مطرح کرد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی بود. یافته پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری و مؤلفه‌های (پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت) اثربخش بود و مؤلفه‌های پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دالنیک و همکاران (۲۰۱۳) و سولر و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. در فرایند آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی از افراد خواسته می‌شود با تجارت ناخوشایند خود رابطه‌ای متفاوت ایجاد کنند و با پذیرش و اعتباربخشی به احساسات ناخوشایند، در

مورد تصمیم درباره چگونگی پاسخ به هیجانات، آگاهی داشته باشند. متعاقباً این فرایند باعث کاهش استفاده از پرخاشگری در بیماران می‌شود (دموندیان و همکاران، ۱۴۰۰). در رفتار درمانی دیالکتیکی فرد دارای نشانه‌های افسردگی می‌آموزد که در هر لحظه از حالت هیجانی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف بر ابراز و بیان هیجانات متمرکز سازد و رفتار خود را بر اساس آن‌ها تنظیم نماید. در نتیجه این رویکرد، به فرد کمک می‌کند با پذیرش حالت هیجانی خود، به دور از هرگونه قضاوتویی و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند، از راهبردهای تنظیم شناختی مناسب با موقعیت‌های شناختی استفاده نماید. تمرينات ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با زیر نظر گرفتن دایم و بدون قضاوتوت حس‌های بدنی، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن‌ها می‌توانند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی شده و میزان پرخاشگری را کاهش دهد (سولر و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و مؤلفه‌های (کارکردهای درون فردی و برون فردی) اثربخش است و رفتارهای خودآسیب‌رسان را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بارنارد-بارک و همکاران (۲۰۲۰)، فیلیپس (۲۰۲۱) و فیلیپس چاکر و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود.

رفتار درمانی دیالکتیکی از افراد خواسته می‌شود با تجارب ناخوشایند خود رابطه‌ای متفاوت ایجاد کنند و با پذیرش و اعتباربخشی به احساسات ناخوشایند، در مورد تصمیم درباره چگونگی پاسخ به هیجانات، آگاهی داشته باشند. متعاقباً این فرایند باعث کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناسی شده و میزان رفتارهای خودآسیب‌رسان را در بیماران کاهش می‌دهد (بارنارد-بارک و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درمانگی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه حل‌های جدید و تعديل آثار شرایط ناراحت کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردنگ کمک می‌کند. همچنین با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمان‌جویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند و هدف تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است. به طوری که افرادی که از حمایت اجتماعی پایین برخوردارند و افرادی که مشکلاتی در روابط بین فردی دارند بیشتر مستعد افکار خودکشی و انجام آن با تصمیم قبلی هستند و با توجه به که رفتار درمانی دیالکتیکی نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان مدارانه است و این نگرش دلسوزانه و تا اندازه‌ای مدرانه لینهان گرانه ارائه شده است که مستلزم یک در قالب یک درمان حمایت درمانگ است و درمانگ میان درمانجو و قوی و ارتباط مشترک دهد و سازگارانه را به درمان‌جو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند، می‌تواند در کاهش افکار و مشکلات افسردگی مؤثر واقع شود. افرادی که اختلال افسردگی دارند دچار درد هیجانی و افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند دچار رنج هیجانی هستند و از نکات جالب در رفتار درمانی دیالکتیکی تفاوت بین درد هیجانی و رنج هیجانی است. درد هیجانی واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است؛ اما مسئله از اینجا آغاز می‌شود که افراد نخواهند این درد هیجانی طبیعی را پذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند و بخواهند سریع از شر آن خالص شوند و دیگران را مقصراً بدانند. بنابراین رفتار درمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران دارد (فیلیپس چاکر و همکاران، ۲۰۱۱).

یافته پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودانتقادی تأثیر دارد و خودانتقادی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دوربین و همکاران (۲۰۱۹) و دال‌نیک و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود. رفتار درمانی دیالکتیکی با تغییر سبک زندگی افراد تغییر در نقش‌ها و در نتیجه تغییر در روابط اجتماعی افراد و نیز منطقی و عینی اندیشه به جای اغراق درباره رویدادهای اضطراب برانگیز، به نحو موثری می‌تواند کارکردهای روان شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین می‌توان گفت افرادی که نوع نگاه خود را به رویدادها تغییر می‌دهند و رویدادها را به اشکال مختلف تعبیر و تفسیر می‌کنند، می‌توانند با استفاده از این روش، مهارت‌هایی به دست آورند؛ مانند تعاریف متفاوت از یک مشکل یا مسئله خاص، شکل دهی افکار و ایده‌های مختلف و متنوع در مورد یک رویداد خاص، سبک و سنتگین کردن تفسیرها در مورد یک رویداد خاص و لحاظ کردن نفع یا زیان هر یک از آنها و در نهایت تصمیم‌گیری در مورد انتخاب بهتری تعبیر و تفسیر که ناگفته پیداست به فرد، در پشت سر گذاشت موانع یا حل مسائل کمک می‌کنند. افرادی که دارای این مهارت‌ها هستند، در مقایسه با سایر افرادی که فاقد این خصوصیات‌اند، اعتماد به نفس بالاتر، احساس خودکارآمدی بیشتر و آرامش خاطر زیادی خواهند داشت و استفاده از تجارب قبلی در حل مسائل گوناگون زندگی، از آنها افرادی متکی به خود خواهد ساخت. بدیهی است که همه‌ی این موارد، می‌توانند سلامت اجتماعی فرد را در سطح بالایی نگهداشند و لذا رفتار درمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش خودانتقادی دارد (dal-nik و همکاران، ۲۰۱۲).

اثریخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی
The effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism and self-injurious behaviors of ...

با مشخص کردن نحوه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و اثربخشی آن‌ها بر متغیرهای پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودانتقادی در نوجوانان دارای اختلال دوقطبی، کوشش می‌کند تا زمینه‌های روان‌شناختی را که به کاهش این مشکلات در نوجوانان دارای اختلال دوقطبی منتهی می‌شود، شناسایی کند. با شناخت این زمینه‌ها، می‌توان در سطح مختلف زندگی زندگی این بیماران مداخله کرد؛ میزان مشکلات را کاهش داد، بر سازگاری زندگی این نوجوانان افزود و از بعضی عدم سازگاری‌ها پیشگیری به عمل آورد و از این طریق، از بسیاری از مشکلاتی که نوجوانان دارای این اختلال با آن مواجه هستند، جلوگیری کرد، به علاوه بایستی زمینه و بستر مناسبی جهت تحقیقات بعدی به وجود آورد که این پژوهش می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد تا محققان بعدی گام‌هایی در جهت شناساندن مداخلات درمانی بر کاهش مشکلات نوجوانان دارای اختلال دوقطبی بردارند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان بیمارستان امام حسین تهران، مطب سعادت آباد و مطب قایم شهر بودند که تعمیم یافته برای سایر افراد و مراکز دیگر را با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به نداشتن مرحله پیگیری و عدم همکاری مراکز بعد از اتمام مداخله‌ها، به عنوان محدودیت مطرح بوده و می‌تواند در بلندمدت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. محدودیت دیگر مربوط به روش‌شناسی بوده و با توجه به روش نمونه‌گیری هدفمند که می‌تواند بر نتایج تأثیرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود کادر درمان هنگام مراقبت از بیماران دارای اختلال دوقطبی بر بعد فیزیولوژیکی به سایر ابعاد نیز توجه کرده و با ارائه حمایت‌های روان‌شناختی و آموزش مناسب نقش مؤثری در افزایش سلامت روانی بیماران و به تبع آن کاهش پرخاشگری و خودانتقادی این بیماران داشته باشد.

منابع

- رنجر، م؛ سیدفاطمی، ن؛ مردانی حموله، م؛ اسماعیلی، ن؛ حقانی، ش. (۱۳۹۸). ارتباط انگ با خود- دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی. نشریه پرستاری ایران، ۳۲(۱)، ۱-۱۲۲.
- جنود، پ؛ محمدی‌شیر محله، ف؛ محمدخانی، ش؛ حسین‌زاده تقوايی، م؛ و پيوندی، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مردان وایسته به داروهای محرك (شیشه). مجله دانشکده پزشکی، ۶۳، ۷۴-۸۴.
- [http://dx.doi.org/10.29252/ijn.32.122.1](https://doi.org/10.29252/ijn.32.122.1)
- علیجانزاده، م؛ مکوند‌حسینی، ش؛ کیان‌ارثی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر پرخاشگری نوجوانان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۶(۳)، ۲۲-۳۳.
- <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.16180>
- سامانی، س. (۱۳۸۶). بررسی پایابی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. مجله روانپژوهی و روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۴)، ۳۵۹-۳۶۵.
- <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-356-fa.html>
- علیجانزاده، م؛ مکوند‌حسینی، ش؛ کیان‌ارثی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر پرخاشگری نوجوانان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۶(۳)، ۲۲-۳۳.
- <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2170>
- محمدودی، ف؛ خسروی، ز؛ پیوسته‌نگر، م؛ و خدابخش پیرکلانی، ر. (۱۳۹۸). بررسی کیفی فرایند بهبودی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۳(۴)، ۲۳-۳۳.
- <http://dx.doi.org/10.52547/rph.13.4.29>
- نوربالا. ف. (۱۳۹۱). اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر میزان اضطراب و خودانتقادی بیماران افسرده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- Andrewes, D.G., Jenkins, L.M. (2019). The Role of the Amygdala and the Ventromedial Prefrontal Cortex in Emotional Regulation: Implications for Post -traumatic Stress Disorder. *Neuropsychology Review*, 29(2), 220 -224. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09398-4>
- Aruta, J. J. B. R., Antazo, B., Briones -Diatto, A., Crisostomo, K., Canlas, N. F., & Peñaranda, G. (2021). When does self-criticism lead to depression in collectivistic context. *International journal for the advancement of counselling*, 43(1), 76 -87. <https://doi.org/10.1080/00223980.2021.1876620>
- Au, C.H., Wong, C.S., Law, C.W., Wong, M.C., Chung, K.F. (2019). Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 1; 57, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.12.007>
- Barnard-Brak, L., Roberts, B. & Valenzuela, E. (2020). Examining breaks and resistance in medication adherence among adolescents with ADHD as associated with school outcomes. *Journal of Attention Disorders*, 24(8), 1148-1155. <https://doi.org/10.1177/108705471876378>
- Bjureberg, J., Ohlis, A., Ljótsson, B., D'Onofrio, B.M., Hedman-Lagerlöf, E., Jokinen, J., Sahlin, H., Lichtenstein, P., Cederlöf, M., & Hellner, C. (2019). Adolescent self-harm with and without suicidality: Cross-sectional and longitudinal analyses of a Swedish regional register. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(3), 295-304. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12967>
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and selfdefinition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–562. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90070-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-O)

- Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Fernández, R., Colino, L., Fajardo, L., Perteguer-Barrio, R., De Leon, J. (2016). The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. *Frontiers in Psychiatry*, Feb 1; 7:8. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2016.00008>
- Boss, A.H., Perr, M. (1992). The Aggression questionnaire. *Journal Pers Soc*, 63: 452-9. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- Connolly, J., Nocentini, A., Menesini, E., Pepler, D., Craig, W., Williams, T. S. (2010). Adolescent dating aggression in Canada and Italy: A cross-national comparison. *International Journal of Behavioral Development*, 34 (2), 98-105. <https://doi.org/10.1177/0165025409360291>
- Dallnic, A.; Smith, S.W.; Brank, E.M. & Penfield, R.D. (2012). Classroombased Cognitive-behavioral Intervention to Prevent Aggression: Efficiency and Social Validity. *Journal of School Psychology*, 44, 123-139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2006.01.005>
- Drobinin, V., Slaney, C., Garnham, J., Propper, L., Uher, R., Alda, M., Hajek, T. (2019). Larger right inferior frontal gyrus volume and surface area in participants at genetic risk for bipolar disorders. *Psychological Med*, 49(8), 1308-15. <https://doi.org/10.1017/s0033291718001903>
- 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. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Gill, M. T. (2020). *Stages of change theory applied to self-critical thinking and fear of compassion: A brief psycho - educational intervention*. Dissertation for Doctor of Philosophy (PhD) of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Montana. <http://2019.bashedu.ru/go.php?to=elabqu.tk/e36yv672019bashedurumi5>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Leon, A.G., Reyes, G.A., Vila, J., Perez, N., Robles, H., Ramos, M.M. (2002). The aggression questionnaaire: A validation study in student samples. *Spanish J Psychol*, (5), 53-45. <https://doi.org/10.1017/s1138741600005825>
- Lindgren, B. M., Wikander, T., Neyra Marklund, I., & Molin, J. (2022). A necessary pain: A literature review of young people's experiences of selfharm. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 154-163. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1948640>
- Long, K. N. G., Chen, Y., Potts, M. , Hanson, J., & VanderWeele, T.J. (2020). Spiritually motivated self-forgiveness and divine forgiveness, and subsequent health and well-Being among middle-aged female nurses: An outcome-wide longitudinal approach. *Frontal Psychology*, 11, 1337. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01337>
- Marco, H., Palacios, A., Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*; (25): 158-63. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.119>
- Phillips, J. (2021). Relentless innovation: what works, what doesn't--and what that means for your business. New York, NY: McGraw-Hill; 2021. <https://www.amazon.com/Relentless-Innovation-Works-Doesnt-Business/dp/0071786805>
- Rahman, F., Webb, R. T., & Wittkowski, A. (2021). Risk factors for self-harm repetition in adolescents: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, 88, 102048. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102048>
- Sethi, D., & Butchart, A. (2017). Violence/Intentional Injuries – Prevention and Control. In S. R. Quah (Ed.), International Encyclopedia of Public Health (Second Edition) (pp. 351 -359). Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00065-4>
- Soler, J., Pascuala, J.C., Barrachina, J., Alvarez, E., & Perez, V. (2013). Double blind placebo controlled study of dialectical behavior therapy pluse Olanzapin for borderline personality disorder. *Am J psychiatry*; 162 (7): 1221-1224. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1221>
- Thompson, R. & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0091-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0091-8869(03)00106-5)
- Toolan, R., Devereux, M., Timulak, L., & Keogh, D. (2019). Relationship between self-worrying and self-critical messages in clients with generalised anxiety engaging in emotion -focused worry dialogues. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 294 -300. <http://dx.doi.org/10.1002/capr.12229>
- Trousselard, M., Steiler, D., Raphael, D., Cian, C., Duymedjian, R., Claverie, D., Canini, D. (2010). Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory- short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Bio Psycho Social Med*; (4):1-11. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-8>
- Verdolini, N., Perugi, G., Samalin, L., Murru, A., Angst, J., Azorin, J.M., Bowden, C.L., Mosolov, S., Young, A.H., Barbuti, M., Guiso, G. (2017). Aggressiveness in depression: a neglected symptom possibly associated with bipolarity and mixed features. *Acta Psychiatr Scandin*, 136(4), 362-72. <https://doi.org/10.1111/acps.12777>
- Wenzel, A. (2022). Self-Criticism and Dependency. In The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology. SAGE Publications, Inc. <https://www.amazon.com/SAGE-Encyclopedia-Abnormal-Clinical-Psychology/dp/1483365832>
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013667.pub2>

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی
The effectiveness of dialectical behavior therapy on aggression, self-criticism and self-injurious behaviors of ...

- Ye, B.Y., Jiang, Z.Y., Li, .X., Cao, .B., Cao, L.P., Lin, Y., Xu, G.Y., Miao, G.D. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: A n updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 70(8), pp.351-361. <https://doi.org/10.1111/pcn.12399>
- Zhang, Y.S., Rao, W.W., Zeng, L.N., Grace, K.I., Cui, L.J., Li, J.F., Li, L., Ungvari, G.S., Hall B. J., Li, K.Q., Xiang YT.(2020). Prevalence and correlates of bipolar disorder in the adult population of Hebei province, China. *Journal of Affective Disorders*, 263, pp.129-133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.104>
- Zuroff, D. C. Santor, D. A. & Mongrain, M. (2022). *Dependency, selfcriticism, and maladjustment*. In J. S. Auerbach, K. J. Levy, and C. E. Schaffer (Eds.), Relatedness, Self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt. (pp 75-90). London: BrunnerRoutledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/mono/10.4324/9780203337318-14/dependency-self-criticism-maladjustment-john-auerbach-kenneth-levy-carrie-schaffer>