

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. Seyedabdolmajid Bahrinian*

Professor of Clinical Psychology, Department of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. abdolmajidbahrinian@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 کنایون 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-پس‌آزمون 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، باس و پری، ۱۹۹۲)، 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 کوواریانس 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.

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 مبتلاء 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، وراثت و فرهنگ در ایجاد و گسترش آن نقش اساسی برعهده 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 مرتکب شونده خشونت و انگیزه قربانی برای پرهیز از آن را اضافه کرده‌اند (اندریوز و جنکینز^۸، 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^۹ 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^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۱) ادعا می‌کند که ویژگی‌های انگیزشی، شناختی و بین فردی خود انتقادی به صورت پویا با عوامل محیطی تعامل دارد و باعث افزایش و حفظ آسیب‌ها و ناراحتی‌های روانی می‌شود. بلات و زاروف^{۱۱} (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^{۱۲}، ۲۰۲۲) و احساسات منفی (تولان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹) شناخته شده است. با توجه به نظر تامپسون^{۱۴} و زوراف (۲۰۰۴) دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی وجود دارد: انتقاد از خود مقایسه‌ای و انتقاد از خود درونی. 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 خصمانه یا انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد. در نتیجه این ارزیابی‌ها فرد دچار ناراحتی و نارضایتی 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 کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز می‌کند. به طوری که آرواتا^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی دریافته‌اند 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 عزت‌نفس 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 (مسمومیت 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 (لیندگرن^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). رفتار خودآسیب‌رسان فعلیتی 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 پارلی تکمیل نشده می‌ماند. اعمالی چون سوزاندن، بریدن و خودزنی از مشخصه‌های رفتار خودآسیبی است (بلاسکو-فونتکلیا^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). عادات‌های 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 تعجیل، 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 می‌زند 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 تثبیت‌کننده‌ی خلق معرفی شده‌اند. اگرچه درمان دارویی، درمان اصلی برای بیماران مبتلاء 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 (یی^{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 (ژانگ 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 (تورنیپسید^{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 رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش بیش‌فعالی، تکانشگری، پرخاشگری/آشوب و نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع‌پسند و افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان مؤثر است. فیلس‌چاکر^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای آسیب‌رسان انجام دادند، نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی 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 راه‌حل‌های جدید می‌تواند به نوجوانان در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک‌کننده 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 رفتاردرمانی دیالکتیکی به مراجعان آموزش می‌دهد تا نسبت به هیجان‌ها، افکار و رفتارهای خودآگاهی بیشتری کسب کنند و در نتیجه، میزان خودکنترلی و توانایی مدیریت هیجان‌ها را در افراد بالا می‌برد.

به نظر می‌رسد اکثر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه متمرکز 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 دوقطبی در ایران کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است؛ لذا ضرورت انجام پژوهش رویکرد رفتاردرمانی 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 رفتاردرمانی دیالکتیکی است و سعی بر آن است که از طریق درمان‌های شناختی‌فعالیت‌ها 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 علایم 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) جایگزین 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 پزشکی، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت نامه کتبی، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، داشتن سن ۱۲ تا ۱۸ سال، بهبودی کامل یا نسبی، بستری 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 علایم سایکوتیک بارز نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شده بود. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش تمامی شرکت‌کننده‌ها با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند، تمامی اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی 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.

1. Dallnic
2. Fleischhaker
3. Barnard-Brak
4. Drobinin

ابزار سنجش

پرسشنامهٔ پرخاشگری^۱ (AQ): نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصومت 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 خصومت، 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 (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 همگرایی 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-حالت ارزیابی شد؛ که نتایج از روایی همگرایی بالای ۰/۸۴ حکایت داشت. همچنین نتایج ضریب بازآزمایی به فاصله 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 ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود (سامانی، ۱۳۸۶). همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس رفتارهای خود آسیب‌رسان^۳ (ISAS): فهرست و سیاهه رفتاری و کارکردی خود گزارشی 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، ضدخودکشی، ابراز آشفستگی 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، ضدخودکشی، حس جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفستگی، انتقام‌گیری و خودمختاری می‌باشد. روایی صوری و محتوایی 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 محتوایی این ابزار توسط روانشناس و روانپزشک 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. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون ۰/۹۴ بود (جنود و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب 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، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و آیتم‌های خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای نیز شامل سؤالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ است. همچنین سؤالات ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱ نمره‌گذاری معکوس دارند. تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) ضریب 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 نوربالا (۱۳۹۱) ضریب 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 ضریب همبستگی گویه‌ها با نمرهٔ کل مطلوب و ۰/۸۶ بوده است. همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب 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 رفتار درمانی دیالکتیکی: پروتکل آموزش رفتار درمانی 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 رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوا
جلسه اول	پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشیاری 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 خردگرا است.
جلسه دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونه هشیاری فراگیر شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، 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 رفتار درمانی دیالکتیکی هستند؛ بنابراین در ابتدا 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 هیجان‌ها و برجسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ها 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 پریشانی، 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 (رفتار درمانی دیالکتیکی) و گروه گواه به ترتیب برابر با ۱۴/۳۰ و ۱۴/۸۵ بود. همچنین در گروه آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیکی) فراوانی و درصد پایه هشتم به ترتیب ۴ (۲۰٪)، پایه نهم فراوانی ۹ (۴۵٪) و پایه دهم فراوانی ۷ (۳۵٪) و گروه گواه فراوانی مربوط به پایه هشتم ۸ (۴۰٪)، پایه نهم ۹ (۴۵٪) و پایه دهم ۳ (۱۵٪) بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها نشان داده شده است.

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

متغیرها	مرحله	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	گواه
پرخاشگری بدنی	پیش‌آزمون	۲۲/۷۰ (۱/۲۱)	۲۳/۸۰ (۱/۸۲)	
	پس‌آزمون	۱۹/۲۰ (۱/۴۷)	۲۲/۸۵ (۰/۹۸)	
پرخاشگری کلامی	پیش‌آزمون	۱۵/۰۵ (۰/۸۸)	۱۴/۹۵ (۱/۳۱)	
	پس‌آزمون	۱۰/۵۰ (۱/۳۵)	۱۳/۶۵ (۰/۹۸)	
خشم	پیش‌آزمون	۲۴/۸۵ (۱/۱۳)	۲۴/۲۵ (۱/۱۳)	
	پس‌آزمون	۱۸/۸۰ (۲/۰۴)	۲۳/۳۵ (۱/۴۹)	

پیش‌آزمون	۱۹/۳۵ (۱/۳۰)	۲۰/۰۵ (۱/۳۹)
پس‌آزمون	۱۶/۵۰ (۲/۴۶)	۲۰/۵۰ (۱/۷۶)
پیش‌آزمون	۲۹/۹۰ (۱/۶۱)	۳۰/۲۵ (۱/۲۵)
پس‌آزمون	۲۵/۹۵ (۱/۷۶)	۲۹/۹۵ (۱/۷۳)
پیش‌آزمون	۳۷/۳۰ (۰/۹۲)	۳۷/۱۵ (۱/۰۳)
پس‌آزمون	۳۲/۹۰ (۱/۵۸)	۳۶/۴۰ (۰/۹۹)
پیش‌آزمون	۱۴/۸۵ (۱/۰۸)	۱۵/۱۵ (۱/۳۰)
پس‌آزمون	۱۰/۶۵ (۱/۵۶)	۱۵/۲۰ (۱/۱۰)
پیش‌آزمون	۲۲/۵۵ (۰/۸۲)	۲۱/۹۵ (۰/۹۹)
پس‌آزمون	۱۶/۴۰ (۱/۱۸)	۲۱/۸۰ (۱/۰۱)

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون میانگین نمرات پرخاشگری و مؤلفه‌های (پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت)، خودانتقادی و مؤلفه‌های (خودانتقادی درونی و مقایسه‌ای) و رفتارهای خودآسیب‌رسان و مؤلفه‌های (کارکرد 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 چندمتغیری ابتدا پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد و نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای پرخاشگری ($F=2/98, P>0/05$)، خودانتقادی ($F=3/11, P>0/05$) و رفتارهای خودآسیب‌رسان ($F=3/43, P>0/05$) حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود. به علاوه آزمون برابری واریانس از طریق آزمون لون (پرخاشگری، $F=0/78, P>0/05$ ، خودانتقادی $F=0/25, P>0/05$ و رفتارهای خودآسیب‌رسان؛ $F=0/98, P>0/05$) حاکی از برقرار بودن این پیش‌فرض‌های برای متغیرهای وابسته بود. همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها نرمال هستند ($P<0/05$)؛ بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کوواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون باکس مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برابر $0/37$ می‌باشد و این مقدار بیشتر از سطح معناداری $0/05$ است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این پیش‌فرض جهت انجام آزمون تحلیل مانکوا رعایت شده است. به عبارت دیگر، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای پژوهش برقرار است و از نظر ماتریس واریانس-کوواریانس تفاوت معناداری باهم ندارند.

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

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری	ضریب ایما
لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
اثر پیلایی	۰/۹۳	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
اثر هتلینگ	۱۳/۵۶	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
بزرگترین ریشه روی	۱۳/۵۶	۸	۲۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳

با توجه به جدول ۳ آماره چند متغیره لامبدای ویلکز برابر $0/06$ ، مقدار F برابر $39/01$ و سطح معنی‌داری برابر $0/001$ است. با توجه به کوچک‌تر بودن سطح معنی‌داری از $0/05$ و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات پس‌آزمون متغیرهای پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری 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 مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور 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	۰/۷۹	۰/۳۸	۰/۰۲
	خودانتقادی درونی	۷/۱۶	۱	۷/۱۶	۲/۲۵	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 پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، رفتاردرمانی 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 رفتاردرمانی 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 رفتاردرمانی 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 تجارب ناخوشایند خود رابطه ای 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 (دماوندیان 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 قضاوتی و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند، از راهبردهای تنظیم شناختی مناسبی متناسب با موقعیت‌های شناختی استفاده نماید. تمرینات ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با زیر نظر گرفتن دایم و بدون قضاوت 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 رفتاردرمانی 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 فیلس‌چاکر و همکاران (۲۰۱۱) 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 روانشناختی شده و میزان رفتارهای خودآسیب‌رسان را در بیماران کاهش می‌دهد (بارنارد-بارک و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درماندگی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک 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 رفتاردرمانی دیالکتیکی نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان‌مدارانه است و این نگرش دلسوزانه و تا اندازه‌ای مدارانه لینهان‌گرانه ارائه شده است که مستلزم یک در قالب یک درمان‌گر است و درمانگر میان درمانجو و قوی و ارتباط مشترک دهد و سازگاری 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 رفتاردرمانی 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 بپذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند و بخواهند سریع از شر آن خالص شوند و دیگران را مقصر بدانند. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران دارد (فیلس‌چاکر و همکاران، ۲۰۱۱).

یافته پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی 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. رفتاردرمانی دیالکتیکی با تغییر سبک زندگی افراد تغییر در نقش‌ها و در نتیجه تغییر در روابط اجتماعی افراد و نیز منطقی و عینی‌اندیشی به جای اغراق درباره رویدادهای اضطراب‌برانگیز، به نحو مؤثری می‌تواند کارکردهای روان‌شناختی 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، شکل‌دهی افکار و ایده‌های مختلف و متنوع در مورد یک رویداد خاص، سبک و سنگین 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 گذاشتن موانع یا حل مسایل کمک می‌کنند. افرادی که دارای این مهارت‌ها هستند، در مقایسه با سایر افرادی که فاقد این خصوصیات اند، اعتماد به نفس بالاتر، احساس خودکارآمدی بیشتر و آرامش خاطر زیادی خواهند داشت و استفاده از تجارب قبلی در حل مسایل گوناگون زندگی، از آنها افرادی متکی به خود خواهد ساخت. بدیهی است که همه‌ی این موارد، می‌توانند سلامت اجتماعی فرد را در سطح بالایی نگهدارند و لذا رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش خودانتقادی دارد (دال‌نیک و همکاران، ۲۰۱۲).

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 ...

با مشخص کردن نحوه‌ی 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 سطوح 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 بُعد 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 باشند.

منابع

رنجبر، م؛ سیدفاطمی، ن؛ مردانی‌حموله، م؛ اسماعیلی، ن؛ حقانی، ش. (۱۳۹۸). ارتباط انگ با خود-دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۲ (۱۲۲)، ۱-۱۳. <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.32.122.1>

جنود، پ؛ محمدی‌شیرمحل، ف؛ محمدخانی، ش؛ حسین‌زاده تقوایی، م؛ و پیوندی، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خود آسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه). *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳، ۷۴-۸۴. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.16180>

سامانی، س. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۴)، ۳۵۹-۳۶۵. <http://ijpcp.iuims.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*، ۳۶(۳)، ۲۳-۳۳. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2170>

محمودی، 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)، ۲۳-۳۴. <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 طباطبایی.

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.genhosppsy.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/10.1177/1087054718763738>

Bjoreberg, J., Ohliss, 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%2Ffpsynt.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/e36yv672019bashedurumini5>
- 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 questionnaire: 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 plus 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/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(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 Scand*, 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>

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پر خاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خود آسیب‌رسان 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>