

Comparison of the Effect of Dialectical Behavior Therapy and Emotion Regulation on Distress Tolerance and Suicide Ideation in Symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents

Parisa Abootorabi Kashani*

Farah Naderi**

Sahar Safar zadeh***

Fariba Hafezi***

Zahra Eftekhar Saadi***

Introduction

Attention deficit hyperactivity disorder is the most common behavioral disorder in childhood and adolescents. The deficit in attention, hyperactivity and impulsivity could affect learning and social relations. The purpose of this study was to compare the effect of dialectical behavior therapy and emotion regulation on distress tolerance and suicide ideation disorder in adolescents.

Method

The statistical population of this study included all Tehran city female high school students in academic year of 2019-2020. 45 students were selected, using a purposive sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group. To collect data, Conner's Adult ADHD Rating Scale of Conner et al. (1999), Distress Tolerance Scale of Simmons and Gahr (2005) and Beck and Steer (1987) Suicide Ideation Scale were implemented. This quasi-experimental study was conducted with a pretest, posttest and follow-up design with control group. The experimental groups underwent dialectical behavior therapy (12 sessions 60 minutes each) and emotion regulation training (8 sessions of 45 minutes), while the control

* PhD Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

** Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. *Corresponding Author*: nmafrah@yahoo.com

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

group received no training. Data were analyzed using covariance analysis as main statistical procedure.

Results

The results indicated that dialectical behavior therapy and emotion regulation training were significantly effective to increase distress tolerance and decrease suicide ideation in students ($p < 0.01$); there was no significant difference between the two treatments in increasing distress tolerance, but dialectical behavior therapy had a greater impact on improving adolescents suicide ideation than emotion regulation training.

Discussion

The first part of the findings confirmed Rezaei et al. (2019), Nadimi (2016) and Mitchell et al. (2019) researches outcomes while the second part was similar to those obtained by Zamani et al. (2016), Rathus et al. (2019), Navarro-Haro et al. (2019), Burckhardt et al. (2018) and McCauley et al. (2018). The possible explanation of the findings would be that dialectical behavior therapy, by training such skills as interpersonal skills, emotion regulation and distress tolerance while integrating these three approaches to client centered sympathy and cognitive- behavioral problem solving, caused more flexibility and suggesting new solutions. By moderating the consequences of undesirable conditions, dialectical behavior therapy helped the individual to better cope with painful events. Emotion regulation training could also support the clients to find effective adaptation and new solutions.

Conclusion

It was concluded that the use of dialectical behavior therapy and emotion regulation training could reduce risky behaviors in individuals with ADHD.

Keywords: symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder, distress tolerance, suicide ideation, dialectical behavior therapy, emotion regulation.

Author Contributions: Parisa Abootorabi Kashani, general framework planning, content editing and analyzing, submission and correction and corresponding author. Dr. Farah Naderi, collaboration in general framework planning, selection of approaches; final review. Dr. Sahar Safarzadeh, Dr Fariba Hafezi and Dr Zahra Eftekhar Saadi, comparison of approaches, conclusions. All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all dear colleagues and professors who have helped us in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article. This article extracted from the PhD thesis, with the guidance of Dr. Farah Naderi and Dr Sahar Safarzadeh and with the consultation of Dr. Fariba Hafezi and Dr Zahra Eftekhar Saadi.

Funding: This article did not receive financial support.

مقایسه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

پریسا ابوترابی کاشانی*

فرح نادری**

سحر صفرزاده***

فریبا حافظی***

زهرا افتخار***

چکیده

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی است. کاستی‌های توجه نداشتن، بیش‌فعالی و تکانشگری می‌توانند در تحصیل و روابط اجتماعی اختلال ایجاد کنند. هدف این پژوهش، مقایسه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. به منظور گردآوری اطلاعات از مقیاس‌های علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی کانرز و همکاران (۱۹۹۹)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، و اندیشه‌پردازی خودکشی بک و استیر (۱۹۸۷) استفاده شد. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. گروه‌های آزمایش تحت رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و تنظیم هیجانی (۸ جلسه

* دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
** استاد، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

nmafrah@yahoo.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴۵ دقیقه‌ای) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد هر دو درمان رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی نوجوانان اثربخش بودند ($p < .01$)؛ بین دو درمان در افزایش تحمل پریشانی تفاوتی وجود نداشت اما رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به تنظیم هیجانی، تأثیر بیشتری در بهبود اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان بود. بنابراین استفاده از رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش تنظیم هیجانی موجب کاهش رفتارهای پرخطر در افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود.

کلید واژگان: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تحمل پریشانی، اندیشه‌پردازی خودکشی، رفتار درمانی دیالکتیکی، آموزش تنظیم هیجانی.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از تحول است که تغییرات گسترده‌ای را در حیطه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد به وجود می‌آورد. در این شرایط مشکلات رفتاری بسیاری در نوجوانان بروز می‌کند که دلیل عمده و شایع مراجعه آنان به کلینیک‌های درمانی محسوب می‌شوند (Ackermann et al., 2019). درمانگران بر اهمیت تشخیص و درمان زودهنگام مشکلات سلامت روانی در کودکان و نوجوانان تأکید می‌کنند (Fairchild et al., 2019). یکی از اختلالات شایع این دوران، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ است. بیش‌فعالی، از زمان کودکی آغاز می‌شود و اگر از راه‌های درمانی مناسب استفاده نشود ممکن است تا نوجوانی و حتی میانسالی ادامه پیدا کند (Jensen & Steinhausen, 2015). این اختلال رفتاری با گذشت زمان رفع می‌شود، اما گاهی اوقات دیده شده است که بیش‌فعالی در بزرگسالان نیز وجود دارد و منشاء آن، بیش‌فعالی نوجوانی می‌باشد (Chan, Fogler & Hammerness, 2016).

بر اساس آخرین طبقه‌بندی تشخیصی و راهنمایی اختلالات روان‌پزشکی انجمن روان‌پزشکان آمریکا (DSM5)، علائم بیش‌فعالی در نوجوانان عبارتند از: کم توجهی، پرتحرکی، حواس‌پرتی و تکانش‌گری است که همه آن‌ها توسط والدین و معلمان شناخته می‌شوند (Graham & Tancredi, 2019). این اختلال با سه ویژگی اصلی تکانشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه تعیین می‌شود، به گونه‌ای که برای تشخیص‌گذاری این ویژگی‌ها، حداقل باید در دو محیط متفاوت منزل و مدرسه و قبل از رسیدن به سن هفت سالگی و برای شش ماه مشاهده شوند

1- attention deficit hyperactivity disorder

(Mohr-Jensen, Steen-Jensen, Bang-Schnack & Thingvad, 2019). میزان شیوع این اختلال در کودکان حدود ۵ درصد و در بزرگسالان حدود ۲/۵ درصد می‌باشد. از طرفی، فراوانی اختلال بیش‌فعالی در پسران دو الی سه برابر بیشتر از دختران اعلام شده است (Wofford & Ohrt, 2018). در پژوهشی در ایران نشان داده شد که میزان این اختلال در دانش‌آموزان دبستانی ۶/۷ درصد بود (Bahrami, Yousefi, Bahrami, Farazi & Bahrami, 2016). در پژوهشی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی در نوجوانان استان اردبیل ۱۲/۵ گزارش شد (Molavi, Mohammadi, KHaleghi & Nadr Mohammadi Moghadam, 2018). محققان دریافته‌اند که بیش‌فعالی جنبه وراثتی دارد، به گونه‌ای که در صورت ابتلای پدر و مادری به این اختلال، ۵۷ درصد احتمال دارد که فرزندان آن‌ها نیز به این اختلال مبتلا شوند (Okumura et al., 2019).

از آن جایی که بیش‌فعالی با مشکلاتی از جمله سلامت روانی پایین، گرایش به مواد مخدر، عملکرد تحصیلی، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف در سنین نوجوانی همراه است (Jia, 2018)، می‌توان گفت پیامد این عوامل، تحمل پریشانی^۱ پایین و اندیشه‌پردازی خودکشی^۲ در آن‌ها می‌باشد. نوجوانان بیش‌فعال علاوه بر تکانشگری و تمرکز بر روی مسائل و موضوعات تحصیلی، اجتماعی و یا بازی، از تحمل پریشانی پایینی برخوردارند. Ellis, Salgari, Miklowitz and Loo (2018) تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند. این سازه یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (Van Eck, Warren & Flory, 2017). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آسفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند (Barnard-Brak, Roberts, Nargesi, Fathiashtiani, Davodi & Ashrafi, 2019). نتایج پژوهش Koprulu et al. (2018) نشان داد نوجوانان بیش‌فعال تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری پایینی در امتحان داشته و احتمال شکست آن‌ها در امتحانات بیشتر از همسالان عادی می‌باشد. Koprulu et al. (2015) نیز در پژوهشی به این یافته رسیدند که تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری کنشی پایین در نوجوانان بیش‌فعال موجب گرایش به اعتیاد در آن‌ها می‌شود.

1- distress tolerance

2- suicidal ideation

به این ترتیب، کاهش تحمل پریشانی در افراد بیش‌فعال، منجر به تشکیل اندیشه‌پردازی خودکشی در آن‌ها خواهد شد. در دهه‌های اخیر خودکشی به عنوان مشکل عمده سلامتی در میان افراد با سنین مختلف شناخته شده است (Testa et al., 2017) به گونه‌ای که به عنوان سومین علت عمده مرگ و میر در میان جوانان و نوجوانان در نظر گرفته می‌شود. به‌طور کلی، اندیشه‌پردازی خودکشی حالتی است که به وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه‌های مبهم را در مورد خاتمه دادن به زندگی تا خودکشی کامل در بر می‌گیرند (Klonsky, May & Saffer, 2016). از سویی، خودکشی ریشه در مسائل پیچیده رفتاری، بیولوژیک، اجتماعی، روان‌شناختی و اثرات متقابل آن‌ها داشته، اطلاعات موجود در این زمینه محدود است (Rotenstein et al., 2016). در پژوهش‌های جداگانه (Mayes et al., 2015); Koren et al. (2019); Sarkisian, Van Hulle and Goldsmith (2019) نشان دادند بیش‌فعالی در نوجوانان با افزایش میزان افکار خودکشی، رفتارهای پرخطر و افسردگی همراه است.

روش‌های درمانی مختلفی برای بهبود اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به کار گرفته شده است. علی‌رغم اثرات مثبت دارو بر نشانه‌های این اختلال، محدودیت‌ها و عوارضی نیز در این زمینه وجود دارد. پژوهش‌ها حاکی از این هستند که رفتار درمانگری دیالکتیکی^۱ یکی از درمان‌های مناسب محسوب می‌شود (Hunnicutt Hollenbaugh & Lenz, 2018). رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی^۲ است که توسط Linehan (1993) به وجود آمد (Cannon & Umstead, 2018). پژوهش‌ها به اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی بر بهبود استراتژی‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی (Rezaei, Vahed, Rasuli-Azad, Mousavi & Ghaderi, 2019)، کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده (Bagean Koulemarz, Karami, Momeni & Elahi, 2019)، کاهش افکار خودکشی (Zamani, Jahangir, Noohi & Nikdel Teimouri, 2016)، افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف‌کنندگان مواد (Nadimi, 2016)، کاهش اختلال اضطراب و رفتارهای پرخطر مانند افکار خودکشی در نوجوانان (Navarro-Haro et al., 2019)، کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی

1- dialectical behavior therapy
2- Cognitive Behavioral Therapy

و افزایش امیدواری و تحمل آشفتگی در نوجوانان (Mitchell, Roberts, Bartsch & Sullivan, 2019)، کاهش افکار خودکشی در نوجوانان (McCauley et al., 2018)، کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان (Rathus, Berk & Walker, 2019)، جلوگیری از گرایش به رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی در نوجوانان (Burckhardt et al., 2018)، کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان (al., 2018)، کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان (Narimani, Bagiyan-Kulemarez, Ahadi & Abolghasemi, 2014) اشاره داشته‌اند.

مطالعات نشان داده است که بدتنظیمی هیجان در افراد با اختلال عصبی-رشدی شامل اختلال کم توجهی-بیش‌فعالی رایج است (Boyle, Stanton, Ganz, Crespi & Bower, 2017). نشانه‌های هیجانی یک جنبه برجسته در تشخیص کم‌توجهی-بیش‌فعالی است (Van Stralen, 2016). درمان تنظیم هیجان یک فرآیند در حال پیشرفت است که شامل پاسخ دادن به محیطی هیجانی است. این پاسخ از نظر اجتماعی و بافتی آن موقعیت قابل قبول است (Shaw, Stringaris, Nigg & Leibenluft, 2015). درمان تنظیم هیجان بازتاب استفاده از چندین فرآیند شناخت یا مهارت مواجهه عملکردی برای پاسخ درست به هیجان و انطباق درست با محیط است (Bernstein & McNally, 2017). (Barkley (1997) بر اساس نظریه ناکارآمدی بازداری مطرح می‌کند که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نمی‌توانند به طور مؤثر به محیط پاسخ تأخیری بدهند و هیجانات متفاوتی را در یک محیط اجتماعی نشان می‌دهند که متناسب با آن محیط نیست، زیرا نمی‌توانند به نشانه‌های ضروری اجتماعی و رفتارهایشان که غیرمتناسب هستند، توجه کنند (Diedrich, Hofmann, Cuijpers & Berking, 2016). پژوهش‌ها به اثربخشی این درمان بر کاهش افکار خودکشی در نوجوانان (Hoseini Omam, Makvand Hosseini, Salavati & Najafi, 2019)، افزایش توجه در حیطه دیداری و بازداری پاسخ افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (Farokhzadi, Khaje Vandkhosli, Mohamadi, AkbarFahimi & Ali, 2019) اشاره داشته‌اند.

با توجه به مطالب ارائه شده، هدف این پژوهش مقایسه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌باشد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر تهران به تعداد ۸۰۷۶ بود. از بین مدارس متوسطه تهران، ۱۰ مدرسه دخترانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولین مدرسه از بین دانش‌آموزان نوجوان دارای پرونده پزشکی به تعداد ۲۳۴ نفر شناسایی شدند و از بین آنها، ۸۳ دانش‌آموز ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص بیش‌فعالی، نبود مشکلات شدید جسمانی و روانی و نیز دارای موافقت والدین جهت شرکت در پژوهش بودند. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در درمان و تغییر مدرسه دانش‌آموزان بود. به این ترتیب، از این تعداد، ۴۵ دانش‌آموز به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی تنظیم هیجانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز (CAARSS:S)^۱: مقیاس اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان توسط Conner's, Erhardt & Sparrow (1999) تهیه و اعتباریابی شده است و شامل ۲۶ ماده می‌باشد. نمره‌گذاری آن به‌صورت مقیاس صفر تا ۳ امتیازی می‌باشد (Conner's et al., 1999). سازندگان پایایی پرسشنامه را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ و اعتبار آن را ۰/۳۷ گزارش کردند. Arabgol, Hayati and Hadid (2004) روایی پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند. Narimani et al. (2014) پایایی پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

۲- مقیاس تحمل پریشانی^۲: مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط Simmons and Gahr (2005) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالای هر فرد در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سازندگان ضریب آلفا برای کل ماده‌ها را

1- Conner's Adult ADHD Rating Scale- Self report form & Subscale

2- Distress Tolerance Scale

۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. (Azizi, Mirzai and Shams (2010) مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۳- مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی Beck^۱: مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی Beck، یک ابزار خودسنجی ۱۹ ماده‌ای است که توسط Beck and Steer (1987) طراحی شد. مقیاس بر اساس سه درجه نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. این ابزار توسط Mirzaie and Shams (2013) به فارسی نیز ترجمه شده است و روایی همزمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با ۰/۹۵ به دست آمد. پایایی این مقیاس در پژوهش Najafi et al. (2019) با ۰/۸۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی ۰/۸۲ به دست آمد.

خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی

رفتار درمانی دیالکتیکی بر مبنای پکیج درمانی (Dimeff and Linehan (2008) بر روی گروه آزمایشی اول اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

Table 1.
Summary of Dialectical Behavior Therapy session

جلسات	محتوای جلسات
اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی دانش‌آموزان و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش
دوم و سوم	آموزش ذهن آموزش به دانش‌آموزان در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و چطور کار می‌کنند.
چهارم	بررسی افکار و احساسات و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند.
پنجم	آموزش تحمل پریشانی با استفاده از حواس شش گانه و تمرین ذهن آگاهی.
ششم	به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند.
هفتم	کاهش آسیب‌پذیری بدنی، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، و افزایش هیجانات مثبت.

هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان و تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.
دهم و یازدهم	افزایش کارآمدی بین فردی؛ آموزش مهارت‌های فردی مهم.
دوازدهم	جمع بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

خلاصه جلسات تنظیم هیجانی

آموزش تنظیم هیجان بر اساس پروتکل چارچوب نظری (Gross 2002) بر روی گروه آزمایشی دوم اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

Table 2.
Summary of Emotion Regulation Training session

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی و لزوم استفاده از آموزش تنظیم هیجان.
دوم	آموزش آگاهی از هیجانات مثبت، آموزش آگاهی از هیجانات مثبت و انواع آن‌ها (و آموزش توجه به هیجانات مثبت و لزوم استفاده از آن‌ها).
سوم	آموزش آگاهی از هیجانات منفی، آموزش آگاهی از هیجانات منفی و انواع آن‌ها و آموزش توجه به هیجانات منفی و لزوم استفاده از آن‌ها.
چهارم	آموزش پذیرش هیجانات مثبت، آموزش پذیرش بدون قضاوت میزان، هیجانات مثبت و پیامدهای مثبت و منفی استفاده از این هیجانات.
پنجم	آموزش جلسه چهارم اما برای هیجانات منفی به همراه تکلیف خانگی همان جلسه اما در مورد هیجانات منفی.
ششم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت، آموزش تجربه ذهنی هیجانات مثبت به صورت تجسم ذهنی، بازداری ذهنی و آموزش ابراز مناسب این هیجانات.
هفتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات منفی، مرور جلسه قبل
هشتم	ارزیابی مجدد و رفع موانع، کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های خارج از جلسه

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره‌های تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ نشان داده شده است. برای مقایسه سه گروه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل نیازمند رعایت پیش فرض‌هایی است که به آنها در جداول ذیل پرداخته شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن نمره‌های تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی در سه مرحله در سه گروه در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که تفاوت‌ها معنی‌دار نیستند، بنابراین، فرض نرمال بودن برقرار است. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس گروه‌ها در سه مرحله پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

Table 3.

Descriptive indicators of Distress Tolerance and Suicide Ideation variables of experimental and control groups in the three stages

Variable	Group	Pre-test		Post-test		Follow-up	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Distress Tolerance	Dialectical Behavior	35.10	3.49	50.95	6.19	50.15	6.53
	Emotion Regulation	34.50	2.85	48.95	5.78	49.05	6.79
	Control	34.40	3.05	38.65	4.88	39.15	5.16
Suicide Ideation	Dialectical Behavior	21.30	2.73	13.15	2.03	13.40	1.84
	Emotion Regulation	21.10	2.48	14.95	1.82	14.75	2.46
	Control	21.70	2.55	22.35	3.70	22.05	3.03

Table 4.

Kolmogorov-Smirnov test on the normality assumption of Distress Tolerance and Suicide Ideation scores distribution of the three research groups and three research stages

Variable	Group	Pre-test		Post-test		Follow-up	
		Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.
Distress Tolerance	Dialectical Behavior	0.121	0.202	0.226	0.058	0.168	0.234
	Emotion Regulation	0.184	0.196	0.234	0.067	0.241	0.087
	Control	0.152	0.206	0.208	0.063	0.219	0.052
Suicide Ideation	Dialectical Behavior	0.133	0.198	0.223	0.055	0.222	0.067
	Emotion Regulation	0.185	0.251	0.122	0.230	0.158	0.201
	Control	0.196	0.115	0.228	0.052	0.211	0.059

Table 5.

F-test of equality of variances of Distress Tolerance and Suicide Ideation scores of three groups in the three research stages

Variable	Pre-test		Post-test		Follow-up	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.

Distress Tolerance	1.866	0.186	1.213	0.208	0.986	0.237
Suicide Ideation	0.066	0.858	2.013	0.652	1.520	0.783

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که آزمون لوین در هر سه مرحله معنی‌دار نیست و این پیش-فرض نیز رعایت شده است. در ادامه، نتایج آزمون ام باکس برای بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نمره‌ها در جدول ۶ آورده شده است.

Table 6.

Results of the Box's M test for equality of covariances of Distress Tolerance and Suicide Ideation scores of the three groups

Variable	The Box's M statistic	F-value	df1	df2	Sig.
Post-test	25.207	2.721	9	34827.865	0.007
Follow-up	54.791	5.698	9	34827.865	0.002

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد ماتریس واریانس-کوواریانس نمره‌های همسان است. در ادامه، نتایج تحلیل مانکوا جهت بررسی تأثیرات رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۷ ارائه شده است.

Table 7.

Total results of multivariate covariance analysis comparing the effect of adolescent-centered mindfulness and emotional regulation on Distress Tolerance and Suicide Ideation

Variable	Pillai's trace	Wilks' lambda	F	Hypothetical df	Error df	Sig.	Size effect	
Post-test	Pre-test of Distress Tolerance	0.242	0.758	8.597	2	54	<0.001	0/242
	Pretest of Suicide Ideation	0.228	0.772	7.956	2	54	<0.001	0/228
	Group	0.807	0.222	18.591	4	110	<0.001	0/403
Follow-up	Pre-test of Distress Tolerance	0.233	0.767	8.220	4	54	<0.001	0/233
	Pre-test of Suicide Ideation	0.156	0.844	5.005	2	54	<0.009	0/156
	Group	0.767	0.245	17.099	4	110	<0.001	0/383

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۷، میانگین نمره‌های تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایشی و گروه گواه

تفاوت معنی‌داری دارد ($p=0/001$). نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۸ ارائه شده است.

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های تحمل پریشانی و اندیشه پردازی خودکشی در گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون معنی‌دار هستند ($p<0/01$). برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۹ ارائه شده است.

Table 8.

Results of ANCOVA Distress Tolerance and Suicide Ideation variables in posttest and follow-up with pre-test of the control group

Stage	Resource	Sum of squares	df	Mean of squares	F	p	Effect size
Post-test	Distress Tolerance	1492/036	2	746/018	31/573	<0/001	0/543
	Suicide Ideation	892/850	2	446/425	89/431	<0/001	0/765
Follow-up	Distress Tolerance	1319/767	2	659/884	22/085	<0/001	0/445
	Suicide Ideation	1163/177	2	581/588	77/184	<0/001	0/737

Table 9.

Bonferroni follow-up test results to compare groups

Stage	Group	Difference of means	Error of standard deviation	Sig.
Posttest of Distress Tolerance	Dialectical Behavior- Control	10/830	1/551	0/001
	Emotion regulation Control	10/503	1/546	0/001
	Dialectical Behavior- Emotion regulation	0/327	1/542	1/000
Posttest of Suicide Ideation	Dialectical Behavior- Control	9/020	0/713	0/001
	Emotion regulation Control	7/188	0/711	0/001
	Dialectical Behavior- Emotion regulation	1/832	0/709	0/037
Follow-up Distress Tolerance	Dialectical Behavior- Control	10/524	1/744	0/001
	Emotion regulation Control	9/468	1/738	0/001
	Dialectical Behavior- Emotion regulation	1/056	1/734	1/000
Follow-up Suicide	Dialectical Behavior- Control	10/431	0/876	0/001
	Emotion regulation Control	7/906	0/873	0/001

Ideation	regulation	Emotion regulation	2/525	0/876	0/016
	Dialectical Behavior-				

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد، در متغیر تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه گواه با گروه رفتار درمانی دیالکتیکی ($p < 0/01$) و گروه گواه با گروه آموزش تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌دار است ($p < 0/01$)؛ همچنین، تفاوت گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش تنظیم هیجانی در این دو مرحله معنی‌دار نیست ($p > 0/05$). در متغیر اندیشه‌پردازی خودکشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه گواه با گروه رفتار درمانی دیالکتیکی ($p < 0/01$) و گروه گواه با گروه آموزش تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌دار است ($p < 0/01$). همچنین، تفاوت گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و آموزش تنظیم هیجانی در این دو مرحله معنی‌دار است ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی و اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو درمان رفتار درمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی نوجوانان اثربخش بودند ($p < 0/01$)؛ بین دو درمان در افزایش تحمل پریشانی تفاوتی وجود نداشت اما رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به تنظیم هیجانی، دارای تأثیر بیشتری در بهبود اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان بود. اولین یافته نشان داد که درمان رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش‌های Rezaei et al. (2019); Nadimi (2016); Mitchell et al. (2019); چنانچه همسواست. (2019) به تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر استراتژی‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در بیماران مرد تحت درمان با متادون پرداختند. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در مردان مؤثر بود. همچنین، Mitchell et al. (2019) در پژوهشی، به تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم اختلال شخصیت مرزی، امیدواری و تحمل آشفتگی در نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی پرداختند. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در

نوجوانان اثر بخش بود. در تبیین این یافته ها می توان اظهار داشت که تحریک پذیری هیجانی مشخصه عمده ای از نظر رفتار درمانی دیالکتیکی در ایجاد اختلال روانی است پس آموزش مهارت های ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی، نقش اساسی در درمان این اختلال و آموزش تحمل پریشانی دارد که نقش مهمی در پذیرش و کنار آمدن با محیط و هیجانات دردناک به صورت همزمان آماده می کند. تحمل پریشانی مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجانات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر و یا کنترل هرگونه عامل می باشد.

همچنین، نتایج نشان داد آموزش تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی مؤثر است. در تبیین این یافته می توان به شباهت در ارتقاء مهارت افراد در اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی اشاره نمود. همچنین بین دو گروه در افزایش تحمل پریشانی در نوجوانان تفاوت معنی داری وجود ندارد. در تبیین این یافته می توان گفت، رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت هایی مانند مهارت های بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل ناکامی و نیز تلفیق این سه رویکرد با همدلی مراجع محور و حل مسأله شناختی-رفتاری سبب افزایش انعطاف پذیری و ارائه راه-حل های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک، می تواند به این نوجوانان کمک کننده باشد. آموزش تنظیم هیجان نیز با آموزش مهارت های میان فردی، ابزار جدیدی در اختیار درمانجویان قرار می دهد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که درمان رفتار درمانی دیالکتیکی بر اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی مؤثر است. یافته های پژوهش با نتایج پژوهش های Zamani et al. (2019); Navarro-Haro et al. (2019); Burckhardt et al. (2018); McCauley et al. (2018); همسو است. در تبیین این یافته می توان 'گفت که، مهارت های تنظیم هیجان در درمان رفتار درمانی دیالکتیکی به درمانجویان کمک می کند تا احساس خود را دقیق تر تشخیص دهند و هر هیجان را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند. همچنین، نتایج نشان داد آموزش تنظیم هیجانی بر اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی مؤثر است. این یافته با تحقیقات Najafi et al. (2019) همسو است. در تبیین این یافته می توان اشاره کرد، از آنجاکه در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، روش های مقابله ای فرد با شکست مواجه می شود، فرد احساس می کند تنها راه فرار از رنج تحمل ناپذیر اقدام به خودکشی است، لذا برای مدیریت هیجانات

منفی‌اش به‌طور مزمّن به خودکشی فکر می‌کند. در این آموزش، تکنیک‌هایی برای افزایش توانایی فرد جهت آگاه شدن از هیجانات، شناسایی و نامگذاری هیجانات و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آن‌ها، آگاهی از برانگیختگی هیجانی و تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر و پذیرش انجام می‌گیرد.

مقایسه نتایج دو گروه آزمایشی بر اندیشه‌پردازی خودکشی نشان داد که تفاوت معنی‌داری به نفع گروه رفتار درمانی دیالکتیکی وجود داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت، رفتار درمانی دیالکتیکی یک رویکرد پیشگیرانه و مؤثر برای کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی است و به نوجوانان این امکان را می‌دهد که مهارت‌های سازگاران را بیاموزند تا از این لحاظ سبب کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی در خود شوند.

یکی از عوامل تشدید رفتارهای تکانشی و ایدایی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، کاهش تحمل پریشانی و ناکامی، عزت‌نفس پایین، مشکلات مدرسه، ارتباط با همسالان، رفتارهای پرخطر و اختلالات خلقی است (McCauley et al., 2018). بنابراین، رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگاران را به درمانجو آموزش و تقویت می‌کند. از آنجاکه پژوهش حاضر در میان نوجوانان دختر دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر تهران صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود. تحقیق محدود به دانش‌آموزان دختر بود که برای رفع این محدودیت می‌توان پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها بر روی دانش‌آموزان پسر به اجرا درآورد.

سهم مشارکت نویسندگان: پریسا ابوترابی کاشانی، طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و تحلیل مطالب، ارسال و اصلاحات مقاله و نویسنده مسئول؛ دکتر فرح نادری، همکاری در طراحی چارچوب کلی، انتخاب رویکردها و بررسی نهایی؛ دکتر سحر صفرزاده، دکتر فریبا حافظی و دکتر زهرا افتخار صعدی مقایسه رویکردها و نتیجه‌گیری؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

سپاسگزاری: در پایان از تمامی دانش‌آموزان و مسئولان مدارس جهت همکاری و مشارکت صبورانه در پژوهش، قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری تخصصی، با راهنمایی دکتر فرح نادری و دکتر سحر صفرزاده و مشاورت دکتر فریبا حافظی و دکتر زهرا افتخار صعدی است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Ackermann, K., Kirchner, M., Bernhard, A., Martinelli, A., Anomitri, C., Baker, R. & Herpertz-Dahlmann, B. (2019). Relational aggression in adolescents with conduct disorder: sex differences and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4(21), 1-13.
- Arabgol, F., Hayati, M. & Hadid, M. (2004). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a group of university students. *Advances in Cognitive Science*, 6(1), 73-87. [Persian]
- Azizi, A. R., Mirzai, A. & Shams, J. (2010). The relationship between distress tolerances, emotion regulation of student's dependence on cigarettes. *Hakim Research Journal*, 13(1), 11-18. [Persian]
- Bagean Koulemarz, M., Karami, J., Momeni, K. & Elahi, A. (2019). The effect of integration of dialectical behavior therapy based on compassionate mind on reduction of cognitive reactivity and motivation for suicide attempts in attempted suicide. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 1-26. [Persian]
- Bahrani, M., Yousefi, F., Bahrani, A., Farazi, E., Bahrani, A. (2016). The prevalence of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and related factors, among elementary school student in Kamyaran city in 2014-2015. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 3(3), 1-11.
- Barnard-Brak, L., Roberts, B. & Valenzuela, E. (2018). Examining breaks and resistance in medication adherence among adolescents with ADHD as associated with school outcomes. *Journal of Attention Disorders*, 1087054718763738.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, Sustained attention and executive functions: Constructing a factor analysis of the ADHD-SRS. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 18(4), 361-373.
- Bernstein, E. E., & McNally, R. J. (2017). Acute aerobic exercise helps overcome emotion regulation deficits. *Cognition and emotion*, 31(4), 834-843.

- Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M. & Bower, J. E. (2017). Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(4), 397.
- Cannon, J. L. & Umstead, L. K. (2018). Applying dialectical behavior therapy to self-harm in college-age men: A case study. *Journal of College Counseling*, 21(1), 87-96.
- Chan, E., Fogler, J. M. & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. *Jama*, 315(18), 1997-2008.
- Conners, C. K., Erhardt, D. & Sparrow, E. (1999). Conners adult ADHD Rating Scales (CAARS). *Multi Health Systems*, 131(2), 431-437.
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P. & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 82, 1-10.
- Dimeff, A. & Linehan, M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract*, 4, 39-47.
- Ellis, A. J., Salgari, G., Miklowitz, D. & Loo, S. K. (2018). Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Research*, 267, 210-214.
- Farokhzadi, F., Khaje Vandkhosli, A., Mohamadi, M., AkbarFahimi, M. & Ali Beigi, N. (2019). Efficacy of emotional regulation over attention deficit/hyperactivity disorder in 7-14 years old Children. *JOEC*, 18(4), 101-116.
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 43.
- Graham, L. J. & Tancredi, H. (2019). In search of a middle ground: The dangers and affordances of diagnosis in relation to Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Developmental Language Disorder. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 24(3), 287-300.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Hunnicutt Hollenbaugh, K. M. & Lenz, A. S. (2018). An examination of the effectiveness of dialectical behavior therapy skills groups. *Journal of Counseling & Development*, 96(3), 233-242.
- Jensen, C. M. & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38.

- Jia, R. M. (2018). *Social resilience in children with ADHD: buffers of externalizing behavior, internalizing behavior and negative parenting* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- Klonsky, E. D., May, A. M. & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330.
- Koprulu, O., Darcan, S., Ozbaran, B., Ata, E., Altinok, Y., Ozen, S. & Goksen, D. (2015). Insulin resistance in adolescents with screen addiction and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In *54th Annual ESPE* (Vol. 84). European Society for Pediatric Endocrinology.
- Koren, D., Rothschild- Yakar, L., Lacoua, L., Brunstein- Klomek, A., Zelezniak, A., Parnas, J. & Shahar, G. (2019). Attenuated psychosis and basic self- disturbance as risk factors for depression and suicidal ideation/behavior in community dwelling adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 532-538.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K. & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 75(8), 777-785.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R., Feldman, L., Syed, E., Gorman, A. A. & Siddiqui, F. (2015). Suicide ideation and attempts are associated with co-occurring oppositional defiant disorder and sadness in children and adolescents with ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(2), 274-282.
- Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D. & Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behavior therapy skills training group program for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 958-969.
- Mohr-Jensen, C., Steen-Jensen, T., Bang-Schnack, M. & Thingvad, H. (2019). What do primary and secondary school teachers know about ADHD in children? Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of Danish teachers. *Journal of Attention Disorders*, 23(3), 206-219.
- Molavi, P., Mohammadi, M. R., KHaleghi, A. & Nadr Mohammadi Moghadam, M. (2018). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Ardabil Province: A population-based study. *J Ardabil Univ Med Sci*, 18(2), 240-251. [Persian]
- Nadimi, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy (based on skills training) on reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on Methamphetamine. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 5(1), 47-74. [Persian]
- Najafi, M., Makvand, H. S., Salavati, M. & Rezaei, A. M. (2019). Comparison of the effectiveness of emotion regulation skills training based on Gross Model and Linehan Model on suicidal thoughts in adolescents with borderline personality disorder. *Psychological Studies*, 15(1), 146-131. [Persian]

- Nargesi, F., Fathiashtiani, A., Davodi, I., Ashrafi, E. (2019). The effect of unfiled transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 49-66. [Persian]
- Narimani, M., Bagiyan-Kulemarez, M., Ahadi, B. & Abolghasemi, A. (2014). The study of effectiveness of group training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on reducing of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and promoting quality of life of students. *Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 39-51. [Persian]
- Navarro-Haro, M. V., Modrego-Alarcón, M., Hoffman, H. G., López-Montoyo, A., Navarro-Gil, M., Montero-Marin, J. & Garcia-Campayo, J. (2019). Evaluation of a mindfulness-based intervention with and without virtual reality dialectical behavior therapy mindfulness skills training for the treatment of generalized anxiety disorder in primary care: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 10(55), 85-97.
- Okumura, Y., Yamasaki, S., Ando, S., Usami, M., Endo, K., Hiraiwa-Hasegawa, M. & Nishida, A. (2019). Psychosocial burden of undiagnosed persistent ADHD symptoms in 12-year-old children: A population-based birth cohort study. *Journal of Attention Disorders*, 1087054719837746.
- Rathus, J. H., Berk, M., & Walker, A. S. (2019). Dialectical behavior therapy for suicidal multiproblem adolescents. *Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents: Translating Science into Practice*, 87(5), 56-64.
- Rezaei, Z., Vahed, N., Rasuli-Azad, M., Mousavi, G. A. & Ghaderi, A. (2019). Effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and distress tolerance in people under methadone therapy. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 23(1), 52-60. [Persian]
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. & Leibenluft, E. (2015). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Focus*, 14(1), 127-144.
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F. & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125.
- Van Eck, K., Warren, P. & Flory, K. (2017). A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: Links to emotional and behavioral concerns. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 136-150.
- Van Stralen, J. (2016). Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(4), 175-187.

- Wofford, J. R. & Ohrt, J. H. (2018). An integrated approach to counseling children diagnosed with ADHD, ODD and chronic stressors. *The Family Journal*, 26(1), 105-109.
- Zamani, N., Noohi, S., Teimouri, N. N. & Jahangir, A. H. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy for reducing suicidal thoughts (suicidal ideations) in suicide attempters with a history of previous suicide. *Health Research*, 1(3), 159-166.

