

The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Self-Harmful and Distress Tolerance in Adolescents with a History of Self-Harmful Behaviors

Majid Azizi*
Iqbal Zarei**

Introduction

Suicidal behaviors and self-harmful are the phenomena that have created a major challenge for mental health. Self-assessment in adolescents usually expresses high psychological distress. The prevalence of this problem indicates adolescents' discontent, which has lots of effects on other family members and friends. Self-assessment without suicide intention is actually self-employed or any kind of action that harms a person, but in this person, there is no intention to die, and ultimately, suicide behavior is without the intention of suicide, which causes suicide without having a person finish his life. Dialectical behavior therapy is one of the cognitive-behavioral therapies that focus on behavioral changes and is balanced with acceptance, compassion, and validation of therapy seekers. In fact, this approach combines empathy and acceptance of clients with problem-solving and teaching social skills from a cognitive-behavioral perspective. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavioral therapy on self-harmful behaviors and distress tolerance in adolescents to answer the question of if dialectical treatment affects the beatings and tolerance of distress.

Method

The present study was a quasi-experiment with a pretest and post-test with a control group and a one-month follow-up period. The statistical population of this study was all adolescents referring to Bandar Abbas counseling clinics with a history of self-harmful behaviors. In this study, 30 patients were selected by voluntary and targeted non-targeted sampling and randomly assigned to the experimental and control groups (15 in the experimental group and 15 in the control group) experimental group dialectics treatment in 12

* Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Azad University, Bandar Abbas, Iran.

** Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Humanities, Hormozgan, Bandar Abbas, Iran. *Corresponding Author:* zareieghbal20200@gmail.com

sessions of 2 hours received. The questionnaires used in this study included a self-harmful behaviors questionnaire (Klonsky & Glenn, 2009) and a distress tolerance questionnaire (Simmons and Gahr, 2005). Data from the research was analyzed by repeated measure ANOVA.

Results

The results showed that Dialectical behavior therapy based on Dimeff and Linehan's (2008) therapy package on the experimental group has been effective in beating and tolerating distress in adolescents since this treatment has been successful in improving self-harmful behaviors and tolerance of distress. Also, the results showed that dialectical behavioral therapy remained fixed on self-harmful behaviors and distress tolerance in adolescents in the follow-up stage.

Discussion

According to the findings of this study, it can be concluded that dialectical behavioral therapy can be used as an effective therapeutic treatment for improving the behavior of self-esteem and tolerance in adolescents with a history of self-regulation by educating the skills of excitement, tolerance of distress, conscious mind are being used. Dialectical behavior training can be effective in reducing self-control behaviors. The results of this study with the findings of Chesil et al (2020), Abooutorabi Kashani et al (2020), Saffarinia et al (2015), Zamani (2014), Gurbani (2018), Tabatabayi (2021), Alavi (2012), Peymannia et al (2019) is a coherent research. Explaining the findings, it can be said that dialectical behavior therapy emphasizes learning resilience against pain in a skillful way, and it can be concluded that disturbed behaviors are targeted in teaching dialectical behavior therapy skills to endure and survive in crises. And accepting life as it is in the present moment, and these strategies in the form of turning attention (when engaging in self-harming behavior), calming down (in times of distress), improving the moment, and thinking about the benefits and harms of self-injurious behavior. Reduces such behaviors and increases tolerance for anxiety.

Keywords: Dialectical behavioral therapy, Distress tolerance, Self-harmful

Author Contributions: The contribution of the writers' participation: In this research, Mr. Eghbal Zarei as a second author, as a professor of guidance, monitoring and strategic process of research and the formulation and finalization of the paper reform. Majid Azizi, as the first author, was conducted in developing a research project, the process of collecting, analyzing and interpretation of the findings and writing the text of the article, and in general, the conclusions of the findings and the expansion and interpretation were collaborated with the discussion of all colleagues.

Acknowledgments: The present research has been carried out in cooperation with the Psychological Clinic of Taraz; Thus, all contributors are appreciated and thanks.

Conflicts of interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article.

Funding: The present study received no financial support for any institution and institution, and all costs have been responsible for researchers during the research process

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضرب و جرح خویشان و تحمل پریشانی در نوجوانان با سابقه رفتارهای خودآسیب رسان

مجید عزیزی*

اقبال زارعی**

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب رسان و تحمل پریشانی در نوجوانان پسر دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۰ بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر بندرعباس با سابقه رفتارهای خودآسیب رسان بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه). گروه آزمایشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی را در ۱۲ جلسه ۲ ساعته دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه رفتارهای خودآسیب رسان Klonsky و پرسشنامه تحمل پریشانی Simons and Gahr بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودآسیب رسان و تحمل پریشانی مؤثر بوده است. چنانکه این مداخله توانسته منجر به بهبود رفتارهای خودآسیب‌رسان و تحمل پریشانی در نوجوانان شود. از این رو، بکارگیری آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک مداخله مؤثر می‌تواند در کاهش رفتارهای ضرب و جرح خویشان و کاهش پریشانی در نوجوانان پسر مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: تحمل پریشانی، خودآسیب‌رسانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی

* دانشجوی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد، بندرعباس، ایران.

** دانشیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، علوم انسانی، هرمزگان، بندرعباس، ایران. (نویسنده مسئول)

مقدمه

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 (Witt et al., 2021). این واژه از قرن نوزدهم در ادبیات پزشکی گزارش شده است (Angelotta, 2015) و می‌تواند به عنوان آسیب عمدی خود به بدن بدون قصد خودکشی تعریف شود که با تعریف پرکاربرد خودآسیبی غیرخودکشی مطابقت دارد که خودآسیبی غیرخودکشی را به عنوان تخریب بافت بدن بدون قصد خودکشی و برای اهدافی که از نظر اجتماعی تأیید نشده است تعریف می‌کند (International Society for the Study of Self-injury, 2018). با توجه به نتایج انجمن بین‌المللی مطالعه خودآسیبی در سال ۲۰۱۶، ۶ تا ۸ درصد از نوجوانان و بزرگسالان جوان رفتارهای خودآسیب‌رسانی بیشتری را نسبت به جمعیت عمومی گزارش می‌دهند که با این حال، این اعداد ممکن است پایین‌تر باشند زیرا افرادی که عمداً به خود صدمه می‌زنند اغلب به دلیل شرم و گناه خود از جستجوی کمک پزشکی اجتناب می‌کنند (Hicks & Hinck, 2008; Long et al., 2013).

خودکشی و خودآسیب‌رسانی در میان نوجوانان رایج است که با رنج ناشی از عملکرد، مشکلات روانی-اجتماعی و مراقبت همراه است (Bjureberg et al., 2019; Lindgren et al., 2022). در اشکال شدید، این علائم متقابل تشخیصی یکی از علل اصلی مرگ در نوجوانی (World Health Organization, 2021) و شایع‌ترین دلایل برای مراجعه به مراقبت‌های اورژانسی روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان هستند (Porter et al., 2016). شیوع خودآسیب‌رسانی در طول زندگی در بین نوجوانان در سراسر جهان از ۱۶ تا ۱۸ درصد گزارش شده است (Landstedt & Gilander, 2011; Muehlenkamp et al., 2012). حدود ۲۱٪ است (Mohl & Skandsen, 2012). در مطالعه‌ای که توسط Klouneski (2011) انجام شد، خودآسیب‌رسانی در میان افراد تا ۳۰ سال ۱۸٫۹ درصد گزارش شد و بین ۵ تا ۱۰ درصد از نوجوانان تکرار خودآسیبی در سال‌های گذشته را گزارش می‌کنند که بریدن به عنوان رایج‌ترین روش گزارش شده است (Jacobson & Gould, 2007). رهایی از احساسات شدید ناخوشایند یا مرگ به عنوان شایع‌ترین دلایل چنین رفتاری گزارش شده است که در این بین تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد از نوجوانانی که به خود آسیب زده‌اند، مراجعه و اقدام به درمان را گزارش می‌دهند

(Ystgaard et al., 2009) در این میان نیز نوجوانانی هستند که دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بوده و به همین سبب جهت مراقبت‌های تخصصی ارجاع داده می‌شوند، آنها نیز یا به دلیل که با درمان سازگار نیستند یا به دلیل ویژگی‌های تداخلی در درمان نوجوانان، خانواده‌های آنها یا خدمات بالینی، از ادامه درمان امتناع می‌ورزند (Owens et al., 2002). خودآسیب‌رسانی مکرر اغلب با اختلالات شخصیت، به ویژه با اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) مرتبط است و این در جمعیت‌های نوجوانان به خوبی نشان داده شده است (Soloff et al., 2000). بی‌ثباتی عاطفی و حساسیت بارز به استرس محیطی از جمله ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی است که نشان داده آسیب‌پذیری فرد را برای رفتارهای خودکشی و خودآسیبی افزایش می‌دهد و از نظر عاطفی بسیار واکنش‌پذیر هستند، واکنش‌های آنها شدید است، و زمان صرف‌شده برای بازگشت به حالت عاطفی اولیه اغلب بسیار طولانی‌تر از افراد بدون اختلال شخصیت مرزی است (Miller et al., 2008).

هدف از خودآزاری در کودکان و نوجوانان اغلب خودکشی نیست، آنها فقط می‌خواهند هیجانات درونی خود را کاهش دهند یا با یک آسیب ساده به پوست یا بدن خود توجه دیگران را به خود جلب کنند (Shooshtari & Khanipour, 2014). اما خودآسیب‌رسانی می‌تواند به یک رفتار اعتیادآور تبدیل شود و خطرناک است و می‌تواند باعث آسیب جسمی شدید و حتی مرگ شود و همچنین خودآزاری غیرکشنده عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای اقدام به خودکشی است (Nada-Raja et al., 2004) علاوه بر این، خودآسیب‌رسانی ممکن است منجر به عدم یادگیری روش صحیح مقابله با استرس، احساس گناه، افسردگی و در نهایت تشدید بیماری روانی اولیه شود (Kleiman et al., 2014). علت‌شناسی خودآسیب‌رسانی به عوامل اجتماعی و روانی بسیاری از جمله افسردگی، ناامیدی، تحمل پایین استرس، عزت‌نفس پایین، خانواده ناکارآمد، روابط اجتماعی، مشکلات شخصی، مشکلات روان‌پزشکی در خانواده، تأثیر همسالان، تجاوز جنسی، سوءاستفاده جسمی یا روانی، سوءمصرف مواد مخدر، محیط‌زیست، فقر و غیره باشد (Moran et al., 2009). Ellis et al. (2008) تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند. این سازه متغیری است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (Van Eck et al., 2017). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آسفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند (Nargesi et al.,

نتایج پژوهش (Barnard-Brak et al., 2020) نشان داد نوجوانانی که تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری پایینی در امتحان داشته احتمال شکست آنها در امتحانات بیشتر از همسالان عادی می‌باشد. 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 (Abootorabi Kashani et al., 2020). پژوهش‌ها به اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی بر بهبود استراتژی‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی (Rezaei et al., 2019)، کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده (Bagean Koulemarz et al., 2019)، کاهش افکار خودکشی (Zamani et al., 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 و افزایش امیدواری و تحمل آشفتگی در نوجوانان (Mitchell et al., 2019)، کاهش افکار خودکشی در نوجوانان و جلوگیری از گرایش به رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی در نوجوانان (Burckhardt et al., 2019) اشاره کرد. بنابراین در پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش هستیم که آیا آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر ضرب و جرح خویش و تحمل پریشانی در نوجوانان مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش آماری

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش تمامی نوجوانان پسر سنین ۱۲ تا ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بندرعباس که دارای حداقل یک نوبت سابقه آسیب‌رسانی به خود بودند را شامل می‌شد. از بین مراکز مشاوره شهر بندرعباس، یک مرکز بالاترین آمار مراجعه‌کنندگان با سوابق خودآسیب‌رسانی را داشت. براساس ملاک‌های ورود و پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی‌ها با مدیر کلینیک از بین نوجوان دارای پرونده پزشکی به تعداد ۱۰۷ نفر شناسایی شدند و از بین آنها، ۳۰ نوجوان که سوابق رفتارهای مکرر خودآسیب‌رسانی داشتند انتخاب گردیدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل وجود رفتارهای خودآسیب‌رسان مکرر، داشتن نمره

برش آزمون‌ها و نیز دارای موافقت والدین جهت شرکت در پژوهش بودند. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در درمان و تغییر در کلینیک مشاوره بود. به این ترتیب، از این تعداد، ۳۰ دانش‌آموز به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۵) نفر و گروه گواه (۱۵) نفر جایگزین شدند. در مراحل اجرا و جمع‌آوری داده‌های پژوهش تمام اطلاعات آزمودنی‌ها محرمانه بود و این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و فقط به صورت گروهی و بدون ذکر نام تحلیل خواهد شد. در زمان ارائه مقیاس‌ها و قبل از تکمیل آن‌ها، به شرکت‌کنندگان در مورد نوع پژوهش و فعالیتی که باید انجام بدهند، توضیح داده شد. سپس رضایت‌نامه‌ای مبنی بر استفاده از اطلاعات افراد، در اختیار آن‌ها قرار گرفت و مقیاس‌ها توسط افرادی تکمیل شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند و رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کردند. بر اساس این رضایت‌نامه، به شرکت‌کنندگان در پژوهش اجازه داده شد هر زمان که تمایل داشتند به همکاری خود در پژوهش پایان دهند.

ابزار پژوهش

سیاهه رفتارهای خودآسیب‌رسان (Inventory of Statements about Self-Injury): این سیاهه توسط Klonsky and Glenn (2009) کارکردهای ۱۳ گانه رفتارهای خودآسیب‌رسان را به وسیله ۳۹ گویه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد دو عامل کلی کارکردهای درون فردی و کارکردهای بین فردی را اندازه‌گیری می‌کنند (Kim, et al., 2019). نمره‌های به صورت لیکرت سه گزینه‌ای (کاملاً غیرمرتبط نمره ۰، تا حدی مرتبط نمره ۱ و کاملاً مرتبط نمره ۲) درجه‌بندی شده است، بنابراین هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند و برای بررسی همسانی درونی سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده است (Peymannia et al., 2018). سازندگان سیاهه آلفای کرونباخ برای کارکردهای درون فردی ۰/۸۷ و کارکردهای بین فردی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (Klonsky & Glenn, 2009). Nouroozi et al. (2022) آلفای کرونباخ را در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۸۷ به دست آوردند. Dawkins (2019) برای بررسی اعتبار سیاهه از روش بازآزمایی استفاده کرده است که ضریب ۰/۸۵ به دست آمده است. در پژوهش دیگر آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۱ و ۰/۸۴ محاسبه شده است (Kim et al., 2019).

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale): این مقیاس یک شاخص خودسنجی

است که توسط (Immons and Gahr, 2005) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است که چهار خرده‌مقیاس آن با عنوان تحمل (گویه‌های ۱، ۳ و ۵)، جذب (گویه‌های ۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (گویه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴) است که تحمل‌پریشانی را براساس توانمندی فرد برای تحمل‌پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی‌پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدامات تنظیم‌کننده برای تسکین حالت‌پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (نمره ۱ به معنای توافق کامل و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر است) نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد (Mahmoudpour, 2018). (Simmons and Gahr, 2005) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. (Azizi et al., 2010) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش ۳۰ نفر بر اساس شرایط ورود و رضایت حضور در جلسات درمان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (یک گروه درمان و یک گروه گواه) گمارده شدند. روی گروه آزمایشی به‌طور مجزا، رفتاردرمانی دیالکتیکی، دو روز در هفته (مجموعاً ۱۲ جلسه)، هر جلسه دو ساعت انجام شد. در اولین جلسه آشنایی شرکت‌کنندگان، اهداف مربوط به جلسات، رابطه درمانجو و درمانگر شکل گرفت. محورهای کلی جلسات درمان گروه آزمایشی در جدول ۱ ارائه شده است. عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، استفاده همزمان از دیگر درمان‌های روان‌شناختی یا آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق افراد نمونه، توضیح هدف تحقیق برای آنان، کسب رضایت آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از تحقیق، بدون ضرر بودن درمان موردنظر، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به نوجوانان و همچنین ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به افراد گروه گواه بعد از اجرای پس‌آزمون از اصول اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش بود. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای پکیج درمانی (Dimeff and Linehan, 2008) بر روی گروه آزمایشی 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 نوجوانان و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش.
دوم و سوم	آموزش ذهن آموزش به دانش‌آموزان در مورد اینکه 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 شش‌گانه و تمرین ذهن‌آگاهی.
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	جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه نمونه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، بریدن بدن با فراوانی و درصد (۱۹، ۳۵/۱۸٪) پس از آن خراشیدگی شدید (۲۴؛۱۳٪)، حکاکی کردن (۱۸/۵؛۱۰٪)، زدن یا ضربه زدن به خود (۷؛ ۱۲/۹٪)، بلع مواد خطرناک (۵، ۵/۳٪)، سوزاندن (۱، ۱/۵٪) و سوزنکاری خود (۱/۸۵؛۱٪) از بیشترین میزان سابقه رفتار خودآسیب‌رسان برخوردار بود. بریدن بدن در

Table 1.
Frequency and percentage of Types of self-harming behaviors of people present in research

Types of self-harming behaviors	Frequency	Percent
Cut	19	35.18
Severe scratching	13	24
Engraving	10	18.5
Shuffle yourself	7	12.9
Swallowing hazardous substances	3	5
To burn	1	1.85
Your needlework	1	1.85

بین رفتارهای ضرب و جرح خویش بیشترین فراوانی و درصد را در بین نمونه مورد مطالعه داشت. میانگین سنی اولین ضرب و جرح خویش ۱۱ سالگی و کمترین سن شروع ۸ سالگی و بالاترین سن ضرب و جرح خویش نیز ۱۹ سالگی بود. از بین نمونه مورد مطالعه، ۵۰٪ (۱۵ نفر) در لحظه خودزنی هیچ‌گونه دردی نداشته‌اند، ۲۰٪ (۶ نفر) گاهی اوقات درد فیزیکی را احساس کردند و ۳۰٪ (۹ نفر) در لحظه خودزنی کاملاً درد فیزیکی را احساس کردند. از لحاظ مواقع آسیب زدن به خود نیز ۷۸٪ اعلام کرده‌اند مواقعی که تنها بوده‌اند اقدام به آسیب زدن به خود کردند. به‌طور معمول از زمان تصمیم‌گیری برای صدمه زدن به خود تا زمانی که به عمل تبدیل می‌شده در بین نمونه مورد نظر ۷۴٪ اعلام کرده‌اند که مدت زمان تصمیم تا اقدام ۱ ساعت بوده است و ۱۳٪ اعلام کرده‌اند که بین ۱ تا ۳ ساعت و ۱۰٪ نیز کمتر از یک روز ولی بیشتر از ۳ ساعت و تنها ۳ درصد اعلام کرده‌اند که بیشتر از ۱ روز بوده است. از لحاظ انگیزه برای توقف خودآسیب‌رسانی به خود نیز ۹۷٪ اعلام کرده‌اند که تمایل به پایان دادن به آن هستند.

پیش از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0.05$). پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنی‌دار نبود و این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسانی ($p > 0.05$)، اما در متغیر تحمل پریشانی این پیش‌فرض رعایت

Table 2.
Mean and standard deviation of the research variables in the experimental and control groups, in the pre-test, post-test and follow up stage

Dialectical Behavior Therapy		Variables	Mean	SD
With Training	Behavioral	Pre test	57.32	5.37
		Post test	43.54	6.11
		Follow up	42.01	5.3
	Interpersonal function	Pre test	49.26	6.90
		Post test	37.25	5.89
		Follow up	50.1	6.11
	Intrapersonal function	Pre test	33.1	9.8
		Post test	30.75	8.27
		Follow up	30.85	7.90
	Distress Tolerance	Pre test	62	9/35
		Post test	82.7	8.77
		Follow up	83.51	7.17
Without training	Behavioral	Pre test	58.47	5.37
		Post test	59.70	5.23
		Follow up	49.26	6.01
	Interpersonal function	Pre test	49.90	7.19
		Post test	49.7	8.33
		Follow up	50.1	7.45
	Intrapersonal function	Pre test	33.7	7.95
		Post test	34.1	6.13
		Follow up	34.7	6.45
	Distress Tolerance	Pre test	63.95	9.45
		Post test	63.05	9.7
		Follow up	64.3	9.3

نشده بود ($p < 0/05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش فرض کرویت مشخص می شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوس- گایسر) استفاده می شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای رفتارهای خودآسیب رسان و تحمل پریشانی در افراد با سابقه خودزنی در مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنی دار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنی دار به شمار می رود ($p < 0/0001$). از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه (آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی) فارغ از مراحل سنجش، بر متغیرهای رفتارهای خودآسیب رسانی و تحمل پریشانی اثر

Table 3.
Results of the analysis of the repeated measurement ANOVA on average scores of the variables of the research

		sst	df	Sum of Squares	f	p	Effect Size
Self-harming behaviors	Stage	1725.42	2	726.34	99.23	0.0001	0.59
	Group	2368.32	1	53.26	6.32	0.0001	0.37
	Stage * Group	2153.82	2	2153.82	107.08	0.0001	0.61
	Error	299.82	56	6.34			
Distress Tolerance	stage	3952.26	1.44		149.23	0.0001	0.78
	Group	6107.48	1	6107.48	7.27	0.0001	0.33
	Stage * Group	2669.23	1.44	1731.25	131.80	0.0001	0.67
	Error	225.44	40.29	7.32			

معنی‌داری داشته است ($p < 0.0001$). در نهایت، سطر مربوط به تعامل مرحله‌ها و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی با تعامل مراحل نیز تأثیر معنی‌داری بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و تحمل پریشانی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۶۱ و ۶۷ درصد از تغییرات متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و تحمل پریشانی در نوجوانان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال نتایج مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش می‌شود.

Table 4.
Bonferoni test results and comparison of the mean of the experimental and control groups in three stages of pre-test, post-test and follow-up in research variables

Variable	Stage	T-Value	df	Compare means	SE	p
self-harming behaviors	Pre test	2.11	28	4.87	4.07	0.31
	Post test	6.45	28	17.49	3.51	0.0001
	Follow up	6.47	28	15.33	3.97	0.0001
Distress Tolerance	Pre test	0.97	28	4.23	6.80	0.47
	Post test	4.32	28	30.11	6.07	0.0001
	Follow up	4.07	28	27.50	4.87	0.0001

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان ($p < 0.31$) و تحمل پریشانی ($p < 0.47$) تفاوت میانگین گروه آزمایشی با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایشی و گواه در این مرحله تفاوت

معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و تحمل پریشانی معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/001$). در نتیجه، میانگین گروه آزمایشی در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه است. این بدان معناست که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته منجر به کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و بهبود تحمل پریشانی در نوجوانان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضرب و جرح خویش و پریشانی روانی در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بندرعباس با سابقه اقدام به خودزنی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد با سابقه خودزنی در گروه آزمایشی و گواه از لحاظ ضرب و جرح خویش و تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مشخص شد آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش میزان رفتارهای ضرب و جرح خویش و کاهش پریشانی در گروه آزمایشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های (Abooutorabi Kashani et al. (2020)، Chesli et al. (2020)، Saffarinia et al. (2021)، Peymannia et al. (2019)، Ghorbani (2018)، Zamani (2014) و Alavi (2012) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر یادگیری تاب‌آوری در برابر درد به شیوه‌ای ماهرانه تأکید دارد و می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای پریشانی که در آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی هدف قرار می‌گیرند به تحمل و بقاء در بحران‌ها و پذیرش زندگی آن‌گونه که در لحظه حاضر هستند می‌پردازند و این راهبردها در قالب برگردانی توجه (در زمان اقدام به رفتار خودآسیب‌رسان)، خودآرام‌سازی (در زمان پریشانی)، بهسازی لحظه و فکر کردن به سودها و زیان‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان، باعث کاهش این‌گونه رفتارها و افزایش تحمل پریشانی می‌شود. همچنین می‌توان اظهار داشت که تحریک‌پذیری هیجانی مشخصه عمده‌ای از نظر رفتاردرمانی دیالکتیکی در ایجاد اختلال روانی است پس آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی 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 می‌کند. تحمل پریشانی مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجانات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر و یا کنترل هرگونه عامل می‌باشد (Naderi et al., 2020). توانایی تحمل و پذیرش پریشانی حداقل به دو دلیل، می‌تواند به عنوان یک هدف مهم بهداشت روانی باشد، نخست بخشی از زندگی هستند؛ نمی‌توان کاملاً از آن اجتناب کرد یا آنها را از بین برد و دوم آنکه تحمل پریشانی، حداقل طی یک دوره کوتاه، بخشی از هرگونه تلاش برای تغییر خود است؛ در غیر این صورت اعمال تکانشی با تلاش برای ایجاد تغییرات مطلوب، تداخل دارد. مهارت‌های تحمل پریشانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی دربرگیرنده یک پیشروی طبیعی از مهارت‌های ذهن‌آگاهی هستند که این مهارت‌ها به توانایی پذیرش خود و موقعیت فعلی به شیوه‌ای غیرارزیابانه و غیرقضاوتی مرتبط می‌شوند (Lineham, 1993).

همچنین نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش پریشانی روانی افراد با سابقه اقدام به خودزنی مؤثر می‌باشد. در واقع رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش پذیرش بنیادین، به بیماران آموزش می‌دهد که زندگی توأم با مشکلات و چالش‌ها را بپذیرند بر این اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی با ایجاد توانایی تحمل آشفتگی، می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی هم‌وزن اضطراب و متغیرهای مرتبط با آن نظیر اضطراب درد را کاهش دهد. تبیین دیگر اینکه ارائه رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان درمانی حمایت‌گرانه که مستلزم ارتباطی قوی بین درمانجو و درمانگر است می‌تواند باعث رشد توانش‌هایی همچون تحمل درماندگی، ذهن‌آگاهی، خودنظم‌جویی هیجانات و توانش کارآمد در مراجعان و بیماران شود به طوری که با ارائه راهکارهای جدید برای تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد با سابقه اقدام به خودزنی کمک می‌کند تا بهتر با تجربه‌های دردناک زندگی و علائم بیماری خود کنار بیایند. همچنین بجای تمرکز بر روی تجربه‌های دردناک گذشته یا اتفاقات وحشتناک احتمالی آینده، لحظه فعلی را کامل‌تر تجربه کنند.

بدین ترتیب افراد با سابقه اقدام به خودزنی با بهره‌مندی از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی قادر هستند از انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری برخوردار باشند و از طریق غلبه بر احساسات و هیجانات منفی خود، کارآمدی بهتری داشته باشند. بر این اساس، رفتاردرمانی دیالکتیکی با ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی، پردازش‌های شناختی افراد با سابقه اقدام به خودزنی را تحت

تأثیر قرار داده تا منجر به کاهش تعداد دفعات آسیب‌رسانی بعدی و کاهش پریشانی آنان گردد. از آنجاکه پژوهش حاضر در میان نوجوانان پسر دارای سابقه خودزنی شهر بندرعباس صورت گرفته است، در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود. پژوهش حاضر محدود به نوجوانان پسر بود که برای رفع این محدودیت می‌توان پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها بر روی نوجوانان دختر به اجرا درآورد.

سهم مشارکت نویسندگان: در پژوهش حاضر آقای اقبال زارعی به عنوان نویسنده دوم، به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. مجید عزیزی به عنوان نویسنده اول تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را برعهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران انجام شد.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی: پژوهش حاضر از هیچ مؤسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده است.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از مدیریت کلینیک و مشارکت‌کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

- Abedi, A. (2011). Challenges and strategies for effective evaluation of social programs. *Journal of Research*, 3(2), 139-155. [Persian]
- Abootorabi Kashani, P., Naderi, F., Safar zadeh, S., Hafezi, F., & Eftekhar Saadi, Z. (2020). 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. *Journal of Psychological Achievements*, 27(2), 69-88. [Persian]
- Anestis, J. C., Charles, N. E., Lee-Rowland, L. M., Barry, C. T., & Gratz, K. L. (2020). Implementing dialectical behavior therapy skills training with at risk male youth in a military-style residential program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 169-183.
- Angelotta, C. (2015). Defining and refining self-harm: A historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 75-80.
- 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]

- 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.
- 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.
- Lindgren, B. M., Wikander, T., Neyra Marklund, I., & Molin, J. (2022). A necessary pain: A literature review of young people's experiences of self-harm. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 154-163.
- Dawkins, J. C., Hasking, P. A., Boyes, M. E., Greene, D., & Passchier, C. (2019). Applying a cognitive-emotional model to nonsuicidal self-injury. *Stress and Health*, 35(1), 39-48.
- Dewhurst, C. (2019). *Evaluation of learning and teaching*. Queens University Belfast: Northern Ireland.
- 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.
- Hicks, K. M., & Hinck, S. M. (2008). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 408-413.
- International Society for the Study of Self-Injury (ISS). (2018, May). *What is self-injury?* <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Kim, S., Kim, Y., & Hur, J. W. (2019). Nonsuicidal self-injury among Korean young adults: a validation of the Korean version of the inventory of statements about self-injury. *Psychiatry Investigation*, 16(4), 270-285.
- Kleiman, E. M., Ammerman, B., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The role of emotion reactivity and gender in the relationship between psychopathology and self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, 69, 150-155.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986.
- 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.

- Landstedt, E., & Gillander, G. (2011). Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health, 39*(1), 17-25.
- Lee W. K. (2016). Psychological characteristics of self-harming behavior in Korean adolescents. *Asian Journal of Psychiatry, 23*, 119-124.
- Long, M., Manktelow, R., & Tracey, A. (2013). We are all in this together: Working towards a holistic understanding of self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(2), 105-113.
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., & Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(10), 1112-1122.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 969-981.
- 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.
- Møhl, B., & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health, 6*(2), 147-155.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*, 1-9.
- Nada-Raja, S., Skegg, K., Langley, J., Morrison, D., & Sowerby, P. (2004). Self-harmful behaviors in a population-based sample of young adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 34*(2), 177-186.
- 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, 5*(1), 47-74. [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.
- Owen, s. D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 181*, 193-199.
- Peymannia, B., Hamid, N., & Mhmudalilu, M. (2018). The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of

- Students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Journal of Psychological Achievements*, 25(1), 23-44. [Persian]
- Porter, M., Gracia, R., Oliva, J. C., Pàmias, M., Garcia-Parés, G., & Cobo, J. (2016). Mental health emergencies in paediatric services: Characteristics, diagnostic stability and gender differences. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 44(6), 203-211.
- 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]
- Schmitgen, M. M., Niedtfeld, I., Schmitt, R., Mancke, F., Winter, D., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2019). Individualized treatment response prediction of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder using multimodal magnetic resonance imaging. *Brain and Behavior*, 1(2), 1-12
- Shoostari, M. H., & Khanipour, H. (2014). Comparison of self-harm and suicide attempt in adolescents: a systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 20(1), 3-13. [Persian]
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102. <http://dx.doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- 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.
- World Health Organization (2021). Adolescent Mental Health. Available online. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mentalhealth>.
- Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., et al. (2008). Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32(4), 875-891.
- 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. [Persian]

