

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، رفتارهای خود آسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۰

ارمغان دماوندیان^۱، فاطمه گلشنی^{۲*}، مجید صفاری نیا^۳، آنیتا باغداداساریانس^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مطالعه و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، رفتارهای خود آسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران انجام شد.

روش: روش این پژوهش شبه آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مددجویان ساکن کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه مورد مطالعه این پژوهش ۲۴ مددجوی مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران بود. از سیاهه خودگزارشی رفتارهای خود-آسیب‌رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۹)، پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۰۱۰) و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) استفاده شد؛ برنامه آموزشی متمرکز بر شفقت طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. برنامه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. جهت بررسی اثر بخشی برنامه‌های مداخله از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت پایدار موجب کاهش پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت ($p=0/05$) در مددجویان واجد رفتارهای آسیب‌رسان مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران شده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش داده است ($p=0/05$)، این در حالی است که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان در مددجویان مؤثر نبوده است. همچنین نتایج نشان داد که اجرای متغیرهای مستقل، مؤلفه سازگاری و تحمل را بهبود داده و این اثربخشی در مرحله پیگیری هم به صورت معناداری تداوم داشته است؛ اما در اثر بخشی دو روش مداخله، تفاوتی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: اگر چه بین اثر بخشی دو روش تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان، پرخاشگری و تنظیم هیجانی در نوجوانان بزهکار مؤثر است. این نتایج کاربردهای فراوانی در برنامه‌ریزی جهت پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا در نوجوانان بویژه نوجوانان بزهکار دارد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی، پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان، خودتنظیمی هیجانی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: fa_golshani@yahoo.com

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، استاد مدعو گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Dialectical Behavioral Therapy on Aggression, Self-Harm Behaviors, and Emotional Self-Regulation in Juvenile Delinquents of Tehran Correction and Rehabilitation Center

Armaghan Damavandian¹

Fatemeh Golshani^{2*}

Majid Saffarinia³

Anita Baghdasarians⁴

Original Article

Abstract

Introduction: This study aimed to compare CFT and DBT on aggression, self-harm behaviors, and emotional self-regulation in Juvenile offenders.

Methods: The method of this research was a quasi-experimental Pretest Post-test Follow up (PPF) design with two groups. The population of this study included all clients living in Tehran Juvenile Correction and Rehabilitation Center in 2019. The sample was 30 clients living in Tehran Juvenile Correction and Rehabilitation Center. The self-report log of Klonsky and Glenn's (2009) self-harming behaviors, Hofmann and Kashdan (2010), the affective style questionnaire, and the Bass and Perry aggression questionnaire (1992) was used; the CFT program was conducted in 12 sessions of 90 minutes and one session per week. The DBT intervention program was performed in 12 sessions of 90 minutes and 1 session per week. A mixed analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data.

Finding: The results showed that Compassion- Focused Therapy and dialectical behavior therapy have consistently reduced aggression, but no difference was observed in the effectiveness of the two intervention methods. The results of this study also showed that compassion-based therapy has improved the intrapersonal and interpersonal functions of self-harm behaviors and the component of adaptation and tolerance of emotional self-regulation

Conclusion: Although there is no significant difference between the effectiveness of the two methods, CFT and DBT improve the function of self-harming behaviors, aggression, and emotional regulation in adolescents. The. These results have many applications in planning to prevent harmful behaviors in adolescents, especially delinquent adolescents

Keywords: CFT, DBT, aggression .Self-harm behaviors, emotional self-regulation, Juvenile offenders

1. Ph.D. student in General Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences ,Central Tehran Branch, Islamic Azad University. Tehran. Iran.

2. Assistant Professor of Psychology Group. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Central Tehran Branch, Islamic Azad University. Tehran. Iran.

* Corresponding Author (fa_golshani@yahoo.com)

3. Professor of Psychology. Department of psychology. Payame Noor University. Tehran. Iran. Visiting professor of Psychology Group, Central Tehran Branch, Islamic Azad University. Tehran. Iran.

4. Assistant Professor of Psychology Group. Faculty of Psychology and education Sciences. Central Tehran Branch, Islamic Azad University. Tehran. Iran.

مقدمه

آسیب به خود ۱۰ میلیون ها نفر را سراسر جهان تحت تاثیر قرار داده و به یک مشکل عمده سلامت عمومی تبدیل شده است؛ شیوع طول عمر آن در نوجوانان در دامنه ۱۰ تا ۲۰ درصد است (گیلیس، کریستو، دیکسون و همکاران، ۲۰۱۸). آسیب به خود اغلب در نوجوانی شروع شده و اوج می‌گیرد (ناک، گرین، هوانگ و همکاران، ۲۰۱۳) و یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های خودکشی است (هاوتون، برگن، کوپر و همکاران، ۲۰۱۵). آسیب به خود در نوجوانان با جنس مونث، مشکلات سلامت روان و رویدادهای منفی زندگی، استفاده از الکل و داروها، رفتارهای مشکل ساز، شبکه اجتماعی ضعیف و عملکرد ضعیف خانواده، همبسته است (ناک، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی در علایم افسردگی در بین نوجوانان گزارش شده است (کولیشو، ۲۰۱۵)؛ روندی که به خودی خود ممکن است منجر به افزایش رفتارهای آسیب به خود گردد؛ رفتار خود-آسیب رسان ۶ به قصد غیر خودکشی شامل رفتارهای آسیب به خود است که هیچ هدف و انگیزه خودکشی در آن وجود ندارد و شامل رفتارهایی مانند: خراش پوست، بریدن، سوزاندن، کوبیدن سر، ضربه زدن به خود و ... است (ناک، ۲۰۱۰)؛ هدف و کارکرد این رفتارها عموماً کاهش و یا رهایی از هیجان‌های منفی، تنبیه خود و یا کاهش بی‌احساسی و یا تجارب تجزیه ای است (کلونسکی، ۲۰۰۷). فرد این رفتارها را به قصد آگاهانه کشتن خود و یا تخطی از رفتارهای مورد پذیرش اجتماعی، انجام نمی‌دهد (کلونسکی و موهلنکامپ، ۲۰۰۷؛ ناک، تپر و هولاندر، ۲۰۰۷).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، نوجوانان بزهکار بیش از سایر گروه‌های نوجوان، مستعد انواع رفتارهای خود آسیب رسان هستند؛ در یک مطالعه مروری نرخ رفتارهای خود آسیب رسان در نوجوانان بزهکار از ۶ الی ۴۴ درصد گزارش شد (کاسیانو، کاتز، گلوبرم و سارین، ۲۰۱۳). در خصوص عوامل تداوم بخش رفتارهای خود آسیب رسان لوید-ریچاردسون، پرین دیرکر و کلی (۲۰۰۷) الگوی جامعی از چهار کارکرد رفتار خود-آسیب‌رسان ارائه داده‌اند؛ در الگوی آنها، زمانی که یک فرد، مبتلا به رفتار خود آسیب‌رسان می‌شود، باید تحت یک یا چند کارکرد از میان چهار کارکرد زیر قرار بگیرد: ۱. تقویت منفی خودکار (به عنوان مثال برای کاهش تنش و یا یک حالت عاطفی دیگر)، ۲. تقویت مثبت خودکار (به عنوان مثال برای ایجاد یک حالت مطلوب فیزیولوژیکی)

1. *self-harm*
2. *Gillies, Christou, Dixon et al*
3. *Nock, Green, Hwang et al*
4. *Hawton, Bergen, Cooper et al*
5. *Collishaw*
6. *self-harm behavior*
7. *Klonsky & Muehlenkamp*
8. *Nock, Teper & Hollander*
9. *Casiano, Katz, Globerman & Sareen*
10. *Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley*

۳. تقویت مثبت اجتماعی (به‌عنوان مثال برای جلب توجه دیگران) و ۴. تقویت منفی اجتماعی (به‌عنوان مثال برای فرار از وظایف و یا خواسته‌های میان‌فردی).

نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که ضعف در استراتژی‌های تنظیم هیجان با مشکلات درون‌ریزی در نوجوانان همبستگی دارد؛ نتایج تحقیق لوقید و هول اشتاین ۱ (۲۰۱۲) نشان داد که اتخاذ استراتژی‌های تنظیم هیجانی با مشکلات درون‌ریزی (افسردگی، اضطراب عمومی و اجتماعی) رابطه بالایی دارد. در راستای تاکید بر نقش هیجان‌های منفی در بروز رفتارهای بزهکارانه، پژوهش‌های انجام شده شواهدی در حمایت از این موضوع ارائه داده‌اند؛ ترنتاکاستا و شاو ۲ (۲۰۰۹) در پژوهش خود به بررسی رابطه بین خودتنظیمی هیجانی، طرد همسالان و رفتارهای ضد اجتماعی در ۱۲۲ پسر از خانواده‌های فقیر پرداختند؛ نتایج نشان داد که همبستگی بین طرد همسالان و رفتارهای ضد اجتماعی مثبت است. در خصوص تاکید بر نقش خودتنظیمی هیجانی، نتایج نشان می‌دهد که استراتژی‌های سازگارانه خودتنظیمی هیجانی که افراد در دوران کودکی استفاده می‌کنند با طرد همسالان در اوایل کودکی رابطه مستقیم دارد؛ چو و گالهان ۳ (۲۰۱۹) در نتیجه پژوهش خود دریافتند که نوجوانانی که در یک سال گذشته روابط با کیفیت پایین با دوستان خود داشته‌اند، با احتمال بالاتری به رفتارهای بزهکارانه دست خواهند زد؛ همچنین نوجوانانی که در سال گذشته قربانی قلدری و کودک‌آزاری قرار گرفته‌اند، احتمالاً بیشتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند که این هیجان‌های منفی به طور معناداری با رفتارهای بزهکارانه بعدی ارتباط دارد و تا حدودی واسطه ارتباط بین کیفیت ضعیف دوستی و رفتارهای بزهکارانه است. یافته‌ی مهم اینک نوجوانان قربانی قلدری، کودک‌آزاری و کیفیت پایین روابط دوستی، هیجان‌های منفی را بیشتر تجربه می‌کنند که این تجارب به احتمال بالا منجر به انجام رفتارهای بزهکارانه خواهد شد.

در زمینه‌ی طراحی برنامه‌های مداخله و بررسی اثر بخشی آن در زمینه کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و خود آسیب رسان نوجوانان بزهکار، پژوهش‌های معدودی انجام شده است؛ یکی از درمان‌هایی که در این زمینه طراحی و به کار برده شده است، درمان متمرکز به شفقت ۴ است؛ درمان متمرکز بر شفقت نوع منحصر به فردی از پذیرش، مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری است که در روانشناسی تکاملی، علوم عصب شناختی و آموزه‌های بودا ریشه دارد (گیلبرت، ۵، ۲۰۰۹). از نظر مفهومی این درمان مبتنی بر نظریه‌ی ذهنیت اجتماعی گیلبرت ۶ است (گیلبرت، ۱۹۸۹، ۲۰۰۵)؛ گیلبرت، ذهنیت اجتماعی را به عنوان الگوهای شرطی ارتباط با دیگران و خود می‌داند که

1. Loughheed and Hollenstein
2. Trentacosta & Shaw
3. Cho & Galehan
4. Compassion- Focused Therapy
5. Gilbert
6. Gilbert's social mentality theory

از طریق فعالیت نورویولوژیکی سیستم‌های تنظیم عاطفی مغز ایجاد شده اند؛ این سیستم‌ها ممکن است از طریق دریافت علامت‌هایی خارج از فرد و یا از طریق محرک‌های درونی فعال شوند. حمایت‌ها از نظریه‌ی گیلبرت در زمینه‌ی وابسته‌های نورویولوژیکی سیستم رضایت/ملایمت انسانی از تحقیقاتی ناشی می‌شود که پیشنهاد می‌کنند بین عملکرد اوبیوئیدی و پیوند وابستگی، رابطه وجود دارد؛ همچنین مطالعات تصویر برداری تشدید مغناطیسی ۱ (*MRI*) نشان می‌دهند که شفقت و تسکین خود، آن نواحی از مغز که مسئول کاهش استرس و ایجاد عواطف مثبت است را فعال می‌کند (دیو و مورون- استروپینسکی، ۲، ۲۰۰۵؛ لانگ، ۳ و همکاران، ۲۰۱۰؛ لوتز، لویز، جانستون و دیویدسون، ۴، ۲۰۰۸). از دیدگاه نورویولوژی، هدف اصلی درمان متمرکز بر شفقت، کمک به افراد در تنظیم هیجان از طریق توسعه‌ی مراکز خود تسکینی در مغز است.

پژوهش‌های بسیاری در خصوص بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود، انجام شده است؛ کاربی و گیلبرت ۵ (۲۰۱۹) اثر بخشی درمان‌های با پایه شفقت در افزایش شفقت به خود و کاهش علائم افسردگی و اضطراب؛ ریریو د سیلوا، ریچی، کاستیلهو و گیلبرت (۲۰۱۹) اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش رفتارهای ضد اجتماعی؛ وتس، دیر، لی و وکرل ۶ (۲۰۱۱) تاثیر شفقت به خود بر رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و مشکلات تنظیم هیجانی دوره بزرگسالی؛ ون دام، شپارد، فورسیث و ایرلیوین ۷ (۲۰۱۱) نقش پیش بین شفقت به خود و ذهن آگاهی بر شدت علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی؛ آسانو و همکاران (۲۰۱۵) تاثیر درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی؛ ترزا ۹ (۲۰۱۵) اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روی شرم مرتبط با آسیب و استرس پس از آسیب؛ راکلیف، گیلبرت، مک ایوان، لایتمن و گلاور ۱۰ (۲۰۰۸) تاثیر تصویر سازی ذهنی متمرکز بر شفقت بر نرخ ضربان قلب و میزان ترشح کورتیزول؛ آلن و لیری ۱۱ (۲۰۱۰) نحوه‌ی که افراد با میزان بالای شفقت به خود با رویدادهای استرس‌زا، سازگار می‌شوند و نوربالا، برجلی و نوربالا (۱۳۹۲) تاثیر گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر زنان مبتلا به افسردگی. در جدیدترین مطالعات انجام شده در زمینه بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت، کاربی و گیلبرت ۱۲ (۲۰۱۹) در یک مطالعه مروری به بررسی اثر بخشی درمان‌های با پایه شفقت به خود پرداختند؛ نتایج حاصل از متآنالیز نشان داد که

1. *magnetic resonance imaging (MRI)*
2. *Depue, Morrone- Strupinsky*
3. *Longe et al*
4. *Lutz, Lewis, Johnstone & Davidson*
5. *Kirby & Gilbert*
6. *Vettese, Dyer, Li & Wekerle*
7. *Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine*
8. *Asano*
9. *TERESA*
10. *Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glover*
11. *Allen, Leary*
12. *Kirby & Gilbert*

درمان‌های مبتنی بر شفقت، در افزایش شفقت به خود و کاهش علائم افسردگی و اضطراب موثر است؛ این در حالی است که نتایج این متاآنالیز نشان داد که درمان‌های مرتبط با شفقت، مزایای خاصی بر سایر درمان‌ها ندارد؛ دلایل زیادی برای توضیح این نتایج ارائه شده است: تعاریف ناهمگون از شفقت و ابزارهای مورد استفاده برای اندازه‌گیری شفقت در مطالعات مختلف از دلایل عدم برتری اثر بخشی شفقت درمانی نسبت به سایر مداخلات است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که با هدف درمان برخی مشکلات به ویژه رفتارهای خود آسیب‌رسان در نوجوانان بزهکار مورد استفاده قرار گرفته است، رفتار درمانی دیالکتیکی ۱ است. رفتار درمانی دیالکتیکی، رویکردی شناختی- رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ۲ ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه‌ها و فنون فلسفه ی شرقی‌ دین که مبتنی بر اصل پذیرش است، درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه ی مداخله ای را در شیوه ی درمان گروهی خود مطرح می‌کند: ذهن آگاهی ۳ و تحمل‌ پریشانی ۴ به عنوان مولفه‌ های پذیرش و تنظیم هیجانی ۵ و کارآمدی بین فردی ۶ به عنوان مولفه‌ های تغییر(رابین و کنز، ۲۰۰۴؛ میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷). برخی مطالعات اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش رفتارهای خود-زنی ۹ و خودکشی ۱۰ نشان داده‌ اند. برای مثال فلیس چاکران ۱۱ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود به بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی رفتارهای خود کشی و خود-زنی و علائم مرزی نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که در طول درمان رفتارهای خود-آسیب‌رسان آزمودنی‌ها به صورت معنی داری کاهش یافت؛ قبل از درمان ۸ نفر از ۱۲ نفر حداقل یک بار اقدام به خودکشی کرده بودند، اما در طول درمان و یک سال پس از آن هیچ موردی از اقدام به خودکشی ثبت نشد. همچنین اشنل و هرپرتز ۱۲ (۲۰۰۶) در مطالعه خود زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار دادند. نتایج نشان داد که رفتار درمانی شناختی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می‌کند. محققان نتیجه می‌گیرند که این رویکرد بیشتر به تنظیم هیجانی کمک می‌کند تا تغییر در شناخت؛ در واقع، مهارت اساسی که در جلسات گروهی آموزش داده می‌شود مهارت تنظیم هیجان است.

1. dialectic behavior therapy
2. borderline personality disorder
3. core Mindfulness
4. distress Tolerance
5. emotion regulation
6. interpersonal effectiveness
7. Robins & Koons
8. Miller, Rathus & Linehan
9. self-mutilation
10. Suicide
11. Fleischhaker
12. Schnell & Herpertz

پانوس، جکسون، حسن و پانوس ۱ (۲۰۱۴) در یک متاآنالیز، به صورت کمی و کیفی، اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در زمینه ی کاهش فعالیت‌های شبه خودکشی و خودکشی‌های تهدید کننده زندگی، خستگی و افسردگی به طور خاص در جمعیت با اختلال شخصیت مرزی و با نظر گرفتن معیارها و پیش فرض‌های محافظه کارانه، مورد آزمون قرار دادند. در مطالعه ایشان پنج مطالعه از نوع آزمایشی تصادفی کنترل شده ۲ که اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش کوشش برای خودکشی، رفتارهای شبه خودکشی، خستگی در طول درمان و یا علائم افسردگی در آزمودنی‌های با اختلال شخصیت مرزی مورد آزمون قرار داده بودند، مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق ایشان نشان داد که ترکیب اندازه‌های اثر ۵ مطالعه برای رفتارهای خودکشی و شبه خودکشی، اثر بخشی *DBT* را مورد تایید قرار می‌دهد (اندازه اثر: ۰/۶۶۲). محققان در پایان چنین استدلال می‌کنند که رفتار درمانی دیالکتیکی در تثبیت و کنترل رفتارهای خود آسیب رسان و بهبود رضایت آزمودنی‌ها موثر است.

با توجه به آنچه در بالا اشاره شد، محقق در این پژوهش در صدد پاسخ به این سوال است که: آیا اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش پرخاشگری، بهبود خود تنظیمی هیجانی و همچنین بهبود کارکرد رفتارهای خود- آسیب رسان نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت موثر است؟ و اگر اینگونه است کدامیک از این دو شیوه درمانی تاثیر بیشتری داشته و هر یک در چه زمینه‌هایی از اثر بخشی بالاتری برخوردار است؟

روش

هدف از انجام این مطالعه، مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، رفتارهای خود آسیب رسان و خود تنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران بود. پژوهشگر به منظور دستیابی به این هدف از یک طرح پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری ۳ استفاده کرد. جامعه آماری پژوهش حاضر را نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۹۸ تشکیل داد. با توجه به اینکه این پژوهش شبه آزمایشی، پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری با دو گروه بود، با استفاده از جدول کوهن با اندازه ی اثر ۰,۷۶، و توان آزمون ۰,۵، ۱۵ نفر در هر گروه تعیین شد (سرمد، بازرگان، ۱۳۹۰). روش نمونه گیری به صورت هدفمند بود؛ به این صورت که ابتدا لیست نوجوانانی که سابقه ی رفتارهای خود آسیب رسان (شرط ورود به مطالعه) را در پرونده ی خود داشتند، تهیه شد. سپس تعداد ۳۰ داوطلب از بین نوجوان واجد شرایط، انتخاب شد. در پایان به صورت تصادفی و بر اساس شماره ی زوج و یا فرد، ۱۵ نوجوان در گروه آزمایش ۱ و ۱۵ نفر نیز در گروه آموزش ۲ جایگزین شد. در پایان مداخله، با توجه

1. Panos, Jackson, Hasan & Panos

2. RCTs

3. Pretest Posttest Follow up (PPF)

به افت آزمودنی‌ها به دلیل ترخیص از کانون، ۱۲ نفر در گروه آزمایش ۱ و ۱۲ نفر در گروه آزمایش ۲ نمونه‌ی مورد مطالعه‌ی این پژوهش را تشکیل داد.

ابزارهای پژوهش

الف) سیاهه‌ی خود گزارشی رفتارهای خود-آسیب رسان ۱: این سیاهه که توسط کلونسکی ۲ و گلن ۳ (۲۰۰۹) تهیه شده، یک ابزار خود گزارشی است که فراوانی و عملکرد رفتارهای خود-آسیب رسان به قصد غیر خودکشی ۴ (*NSSI*) را ارزیابی می‌کند. این سیاهه دو بخش دارد: بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خود-آسیب رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه به قصد خودکشی انجام می‌شوند شامل: کوبیدن/زدن ۵، گاز گرفتن ۶، سوزاندن ۷، خالکوبی ۸، بریدن ۹، دستکاری زخم ۱۰، نیشگون گرفتن خود ۱۱، موکنی ۱۲، مالیدن پوست به سطوح خشن ۱۳، خارش شدید ۱۴، فروکردن سوزن در بدن ۱۵ و خوردن مواد شیمیایی خطرناک ۱۶ را غربالگری می‌کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگی‌های توصیفی رفتارهای آسیب رسان غیر خودکشی‌گرا مانند: تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خود-آسیب رسانی را ارزیابی می‌کند. اعتبار به روش باز آزمایی این بخش در دوره‌ی زمانی ۱ تا ۴ هفته‌ی $r = 0.85$ به دست آمد. همچنین همسانی درونی بین سوال‌های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0.84 به دست آمد (کلونسکی و الینو، ۲۰۰۸).

بخش دوم پرسشنامه، عملکرد رفتارهای خود-آسیب رسان غیر خودکشی‌گرا را ارزیابی می‌کند. این بخش ۱۳ عملکرد رفتارهای خود-آسیب رسان که در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تایید قرار گرفته‌اند را ارزیابی می‌کند (چاپمن، گرانتز و براون، ۲۰۰۶؛ کلونسکی، ۲۰۰۷). این ۱۳ عملکرد تحت دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: عملکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان‌پریشانی و خودتنبیهی) و عملکردهای بین فردی (استقلال، حریم‌های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان

1. INVENTORY OF STATEMENTS ABOUT SELF-INJURY (ISAS)

2. Klonsky
3. Glenn
4. nonsuicidal self-injury
5. banging/hitting
6. biting
7. burning
8. carving
9. cutting
10. interfering with wound healing
11. pinching
12. pulling hair
13. rubbing skin against rough surfaces
14. severe scratching
15. Sticking self with needles
16. swallowing dangerous chemicals

خواهی و سرسختی). گزینه‌ها به صورت لیکرت سه‌گزینه‌ای تدوین شده است که از: ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تاحدی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه بندی شده است. بنابراین هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره گذاری می‌شوند. همچنین میانگین نمره‌ی مقیاس‌های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها بر تعداد آنها به دست می‌آید. بخش عملکردی سیاهه از اعتبار سازه‌ی بالایی برخوردار است (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). بخش عملکردی سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی نشان می‌دهد (تعداد: ۵۱، آلفای کرونباخ عملکرد درون فردی (۰٫۶۹) و بخش بین فردی (۰٫۷۵). این پرسشنامه برای اولین بار در داخل توسط دماوندیان (۱۳۹۲) ترجمه و استفاده شد؛ وی اعتبار پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰٫۷۶ محاسبه کرده است.

ب) پرسشنامه خود تنظیمی هیجانی ۱: پرسشنامه خود تنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان ۲ (۲۰۱۰) شامل ۲۰ سوال است که پاسخگویی به آنها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از بی‌نهایت در مورد من درست است تا اصلاً در مورد من درست نیست را شامل می‌شود. پرسشنامه مزبور پس از ترجمه و ترجمه مجدد توسط کارشکی (۱۳۹۲) از نظر روایی محتوایی در اختیار متخصصان روانشناسی مربوطه قرار گرفت و روایی محتوایی آن تأیید شد. پرسشنامه دارای سه مولفه یا خرده مقیاس: پنهان کاری ۳، سازش کاری ۴ و تحمل ۵ است که به ترتیب ۸، ۷ و ۵ سوال دارند. کارشکی (۱۳۹۲) در پژوهش خود با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان داد که حجم نمونه کافی است و عامل‌ها تفسیر پذیر است ($KMO=0/808$, $\chi^2=1409/076$, $p<0/001$). همچنین نتایج اجرای تحلیل مولفه‌های اصلی نشان داد بر اساس ارزش‌های ویژه، سه عامل قابل استخراج است. ۱۷/۸ درصد واریانس توسط عامل اول (سازگاری)، ۱۴/۹۷ درصد واریانس توسط عامل دوم (پنهان کاری) و ۸/۴۳ درصد توسط عامل سوم (تحمل) تبیین می‌شود. اعتبار خرده مقیاس‌های پنهان کاری، سازش کاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ و پایایی کل برابر ۰/۸۱ به دست آمد.

ج) پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری توسط باس و پری ۶ (۱۹۹۲) یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیر مقیاس است. چهار زیر مقیاس شامل: پرخاشگری بدنی ۷، پرخاشگری کلامی ۸، خشم ۹، و خصومت ۱۰ است؛ شرکت کنندگان به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از: کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی

1. the affective style questionnaire
2. Hofmann, & Kahdan
3. concealing
4. adjusting
5. tolerating
6. Buss & Perry
7. physical aggression
8. verbal aggression
9. anger
10. hostility

شبیبه من است(۴)، نه شبیبه من است نه شبیبه من نیست(۳)، تا حدودی شبیبه من نیست(۲)، تا به شدت شبیبه من نیست(۱). پاسخ می‌دهند. دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها بدست می‌آید. در پژوهش سامانی و سیامک(۱۳۸۶) نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ بدست آمده است. جهت سنجش اعتبار 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. ضریب پایایی این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی در ایران برابر با ۰/۷۸ ه دست آمده است. همچنین همبستگی بالا بین هر یک از زیر مقیاس‌ها با نمره کل پرسشنامه و همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب الفا نشانگر کفایت و کارایی این پرسشنامه می‌باشد.

برنامه مداخله درمان متمرکز بر شفقت: گروه آزمایش ۱، طی ۱۲ هفته (یک جلسه در هفته)، دوازده جلسه ی آموزشی شفقت به خود را طبق محتوای زیر دریافت کرد؛ هر جلسه، در برگیرنده ی معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین تمرینات خارج از جلسه بود. محتوای جلسات، شیوه ی اجرا و نحوه ی ارائه با استفاده از منابع معتبر(گیلبرت، ۲۰۱۰) تهیه و اجرا شد.

جدول شرح جلسات درمان مبتنی بر شفقت

آشنایی اعضاء گروه با هم، معرفی برنامه، توضیح اهداف و وضع قراردادهای — اجرای پرسشنامه‌های پیش آزمون
جلسه اول: در این جلسه، درمان با ارایه ی معرفی اجمالی درمان متمرکز بر شفقت انجام شد و مقدمات لازم برای آموزش خود مشفق انجام شد
در جلسه ی دوم سیستم‌های سه گانه ی شفقت و ماهیت شفقت به خود توضیح داده شد. در ادامه جلسه زمان محدودی صرف آموزش و تمرین تنفس تسکین بخش شد
در جلسه سوم، و چهارم: سیستم‌های مدیریت هیجان و مولفه‌های شفقت مرور شد. در ادامه ی تمرین تنفس تسکین بخش انجام شد و در ادامه تمرین و آموزش خود مشفق آغاز شد(از طریق بازی نقش فرد مشفق در یک فیلم)
جلسه ی پنجم: بعد از مرور اجمالی مطالب جلسات قبلی(سیستم‌های هیجانی انسان، معانی و مولفه‌های شفقت و ویژگی افراد مشفق)، این جلسه به آموزش تصویرسازی ذهنی و تمرین متمرکز بر شفقت اختصاص داشت. همچنین در پایان جلسه در خصوص ایجاد یک فضای امن مطالبی ارائه شد.
در خلال این جلسه آموزش و تمرین گسترش خود مشفق نیز انجام شد.
در جلسه ی ششم و هفتم: در ابتدا مرور مطالب گذشته انجام شد. تمرین یک دقیقه ای تنفس تسکین بخش و تمرین توجه آگاهی انجام شد. همچنین تصویر سازی ذهنی و تمرین یک مکان امن مجدداً با تک تک آزمودنی ها تمرین شد.
در جلسه ی هشتم و نهم: ابتدا تمرین تنفس تسکین بخش و در ادامه یک دقیقه تمرین توجه آگاهی و سپس تصویر سازی. آموزش شفقت به درون و بیرون. مباحث مربوط به انواع خود، شامل: خود غمگین، خود مضطرب، خود خشمگین و خود مشفق ارائه شد. در پایان جلسه هم در مورد صندلی مشفق صحبت شد و تمرین هایی نیز انجام شد.
جلسه ی دهم: مرور مطالب جلسات قبل شامل تنفس همراه با توجه آگاهانه و مرور تصاویر مشفقانه ی آزمودنی ها. بحث در مورد اجزاء مختلف خود و تلاش برای بخش بخش کردن خود خود خشمگین و خود مشفق و صندلی‌های خشمگین و مشفق با دو نفر از آزمودنی به صورت بازی نقش تمرین شد.
در پایان جلسه در خصوص نامه ی شفقت، مطالبی گفته شد.
جلسه یازدهم و دوازدهم: تمرین مهارت‌های فراگرفته شده در جلسات قبلی شامل: تنفس تسکین بخش و تمرین ذهن آگاهی، تصویر سازی مشفقانه و پرورش خود مشفق به همراه رنگ آمیزی مشفقانه، تمرکز بر خود مشفق و جاری کردن شفقت به دیگران در خلال تصویر سازی مشفقانه، کار با صندلی مشفق و جدا کردن خود مشفق، خود خشمگین، خود مضطرب و خود غمگین، نوشتن نامه شفقت و تمرین و اجرا انجام شد. در این جلسه در خصوص ترس از شفقت نیز توضیحاتی ارائه شد.
اجرای پس آزمون
نظر خواهی در خصوص برنامه و اجرای جلسه پایان برنامه و در نهایت تقدیر از آزمودنی ها

برنامه مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی

گروه آزمایش ۲، طی ۱۲ هفته (یک جلسه در هفته) دوازده جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی به مدت یک و نیم تا دو ساعت را طبق محتوای زیر دریافت کردند. هر جلسه، در برگیرنده‌ی معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین تمرینات خارج از جلسه بود. محتوای جلسات، شیوه اجرا و نحوه ارائه با استفاده از منابع معتبر (لینهان، ۱۹۹۳) تهیه شد که پس از تایید توسط اساتید اجرا شد.

جدول شرح جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی

آشنایی اعضاء گروه با هم، معرفی برنامه و وضع قراردادها
جلسه اول و دوم: در این جلسه، درمان با ارایه‌ی تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه‌ی دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد.
جلسه‌ی سوم و چهارم: دو دسته مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر آموزش داده و تمرین شد. دسته‌ی اول مهارت‌های چه چیز؟ که عبارتند از: کارهایی که فرد باید برای رسیدن به هوشیاری فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن دسته‌ی دوم، مهارت‌های چگونه؟ که عبارتند از نحوه‌ی انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود هشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن).
جلسات پنجم و ششم: به بخش اول از مولفه‌ی تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران اختصاص داشت. راهبردهای بقا در بحران خود شامل چهار مجموعه مهارت می‌باشند که عبارتند از: راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقای لحظه جاری، خودتسکین دهی و تکنیک سود و زیان
جلسه‌ی هفتم و هشتم: اختصاص به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت داشت. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارتند از: مشاهده تنفس (<i>observing your breath</i>)، تبسم (<i>half-smile</i>) آگاهی (<i>awareness</i>).
در جلسه‌ی نهم و دهم: به مولفه‌ی تنظیم هیجانی پرداخته شد. مباحث مرتبط با این جلسه عبارت بود از: هیجان چیست و دارای چه مولفه‌هایی می‌باشد، شناسایی هیجانات و فهمیدن کاری که برای شما انجام می‌دهد، کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجانات منفی، افزایش رویدادهای هیجانی مثبت، افزایش ذهن آگاهی به هیجانات کنونی و تغییر هیجان‌های منفی از طریق انجام عملی متضاد
جلسه‌ی یازدهم و دوازدهم: به مهارت بین فردی اثربخش اختصاص داده شد که مباحث این جلسات شامل سه دسته مهارت است: چگونه آن چیزی که می‌خواهید بدست آورید، حفظ احترام به خویشتن و استمرار روابط بین فردی - همچنین ارزیابی کلی برنامه و رفع ابهامات+ اجرای پس آزمون در جلسه دهم انجام شد.
اجرای پس آزمون
نظر خواهی در خصوص برنامه و اجرای جلسه پایان برنامه و در نهایت تقدیر از آزمودنی‌ها

جهت بررسی اثر بخشی برنامه‌های مداخله و به منظور کنترل اثر پیش آزمون در طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری، از طرح تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جهت تحلیل اطلاعات از نسخه ۲۴ نرم افزار آماری *SPSS* استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در خصوص ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه نشان داد که: میانگین سنی مددجویان ۱۴,۹۲ سال با انحراف استاندارد ۱/۳۱ است. توزیع فراوانی انواع مختلف رفتارهای خودآسیب رسان نشان می‌دهد که ۷۵ درصد شرکت کنندگان به مالیدن پوست به سطح خشن اقدام کرده‌اند. بعد از این رفتار، رفتار خود آسیب رسان خرااندن شدید بدن با ۶۶,۷ درصد،

بریدن عضو، نیشگون گرفتن و خالکوبی هر یک با ۵۰ درصد رخ داده است. ۶۶,۷ درصد مددجویان در هنگام انجام رفتار خود آسیب رسان احساس درد داشته اند. در خصوص مولفه‌های پرخاشگری بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس مختلط نشان داد که شاخص شاپیرو-ویلک مربوط به مولفه‌های پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته‌ها بیانگر آن است که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است.

جدول شماره ۱. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر

مولفه‌های پرخاشگری

عامل	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	سطح معناداری	η ²
پرخاشگری بدنی	۰/۰۹۶	۴۲/۱۷۱	۲ و ۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۴
پرخاشگری کلامی	۰/۲۱۹	۳۷/۴۶۲	۲ و ۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱
خشم	۰/۲۵۶	۳۰/۴۷۵	۲ و ۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
خصومت	۰/۲۷۲	۲۸/۰۳۶	۲ و ۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸

منطبق بر جدول شماره ۱ نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که اثر زمان (پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری) بر پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، مولفه خشم و خصومت در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این در حالی است که نتایج نشان می‌دهد اثر تعاملی شرایط × زمان در هیچ یک از مولفه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که هیچ کدام از دو برنامه مداخله در اثر بخشی تفاوت معنی دار آماری با یکدیگر ندارند. در ادامه شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از تست موخلی ۱ ارزیابی شد. نتایج تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مولفه پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، مولفه خشم و مولفه خصومت، در سطح ۰/۰۱ معنادار و بنابراین مفروضه کرویت برای آن مؤلفه‌ها برقرار نبود. به همین دلیل درجه آزادی مربوط به آن مؤلفه‌ها با استفاده از روش برآورد گرینهوس-گیسپر ۲ اصلاح شد.

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر زمان بر مولفه‌های

پرخاشگری

مؤلفه	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	η ²
پرخاشگری بدنی	۳۷۵/۲۵۰	۱/۱۳۴	۳۳۰/۸۸۶	۴۶/۵۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۹
پرخاشگری کلامی	۱۶۸/۷۷۸	۱/۱۹۴	۱۴۱/۳۵۹	۶۷/۳۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
خشم	۲۶۴/۵۸۳	۱/۳۶۶	۱۹۳/۷۱۲	۵۲/۲۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
خصومت	۳۳۴/۳۶۱	۱/۳۸۳	۲۴۱/۷۵۱	۴۶/۳۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۰

یافته‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که اثر زمان بر مولفه‌های: پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت، در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. این یافته‌ها بیانگر آن است که درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی مولفه‌های پرخاشگری را در مددجویان تحت مطالعه کاهش داده و این اثر بخشی در مرحله پیگیری هم به صورت معناداری تداوم داشته است. اما در اثر بخش تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

در خصوص مولفه‌های رفتار خود آسیب رسان، نتایج تحلیل نشان داد که شاخص شایپرو-ویلیک مربوط به کارکرد درون فردی، بین فردی و نمره کل رفتارهای خود آسیب رسان برای گروه درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی به ترتیب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. نتیجه آزمون لون نیز نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای مولفه‌ها در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است؛ این یافته‌ها بیانگر آن است که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است.

برای آزمون فرضیه از تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر استفاده شد. جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در مقایسه اثربخشی اجرای مداخلات بر کارکرد درون فردی، بین فردی و نمره کل رفتارهای خود آسیب رسان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر ۲ گروه مداخله در ۳ مرحله

بر کارکرد رفتارهای خود آسیب رسان

متغیر وابسته	عامل	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	سطح معناداری	η ²
کارکرد درون فردی	زمان	۰/۵۵۸	۸/۳۰	2 و 21	۰/۰۰۲	۰/۴۴۲
	زمان * شرایط	۰/۳۴۳	۲۰/۰۸۴	2 و 21	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
کارکرد بین فردی	زمان	۰/۸۱۴	۴۶/۰۲۷	2 و 21	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
	زمان * شرایط	۰/۷۹۲	۴۰/۰۳۹	2 و 21	۰/۰۰۱	۰/۷۹۲
نمره کل رفتار خود آسیب رسان	زمان	۰/۲۴۲	۳۲/۸۴۶	2 و 21	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸
	زمان * شرایط	۰/۷۶۸	۳۴/۷۶۱	2 و 21	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸

منطبق بر جدول شماره ی ۳ نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که اثر زمان (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) بر کارکرد درون فردی، کارکرد بین فردی و نمره کل کارکرد رفتارهای خود آسیب رسان در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی شرایط (نوع مداخله) × زمان نیز در همه مولفه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که دو برنامه مداخله در اثر بخشی تفاوت معنی دار آماری داشته‌اند.

در ادامه شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از تست موخلی ۱ ارزیابی شد؛ نتایج تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به کارکرد درون فردی، کارکرد بین فردی و نمره کل کارکرد رفتار خود آسیب رسان در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست و بنابراین مفروضه کرویت برای آن مؤلفه‌ها برقرار است.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر زمان و اثر تعاملی

زمان* شرایط بر مولفه‌های کارکرد رفتارهای خود آسیب رسان

مؤلفه	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	η^2
کارکرد درون فردی	زمان*شرایط	۱۱/۰۸۳	۲	۵/۵۴۲	۸/۳۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶
کارکرد بین فردی	زمان	۳۱/۱۹۴	۲	۱۵/۵۹۷	۳۳/۶۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸
نمره کل رفتار خود آسیب رسان	زمان*شرایط	۶۱/۰۰۰	۲	۳۰/۵۰۰	۶۶/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱
	زمان	۳۸/۷۷۸	۲	۱۹/۳۸۹	۴۲/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
	زمان	۱۲۰/۵۸۳	۲	۶۰/۲۹۲	۴۱/۶۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴
	زمان*شرایط	۱۳۹/۰۸۳	۲	۶۹/۵۴۲	۴۸/۰۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶

یافته‌های جدول شماره ی ۴ نشان می‌دهد که اثر زمان بر کارکرد درون فردی، کارکرد بین فردی و کارکرد کلی رفتارهای خود آسیب رسان در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.

این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل کارکرد درون فردی، بین فردی و کارکرد کلی رفتارهای خود آسیب رسان را در مددجویان تحت مطالعه کاهش داده و این اثر بخشی در مرحله پیگیری هم به صورت معناداری تداوم داشته است.

جهت تعیین و مقایسه اثر بخشی دو روش مداخله از تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) استفاده شد. با توجه به یافته‌های این جدول می‌توان چنین نتیجه گیری کرد که بین اثر بخشی دو برنامه مداخله در مولفه کارکرد درون فردی در مرحله پیگیری و همچنین کارکرد کلی رفتارهای خود آسیب رسان در مرحله پیگیری تفاوت معنی دار مشاهده شده است. این نتایج نشان می‌دهد که اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پیگیری قابل مشاهده است و در مرحله پس آزمون این اثر بخشی قابل مشاهده نیست.

جدول شماره ۵. نتایج تحلیل واریانس مقایسه اثر بخشی دو روش مداخله

مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	8/167	1,22	8/167	0/921	0/348
کارکرد درون فردی	9/375	1,22	9/375	1/130	0/299
پیگیری	96/000	1,22	96/000	13/849	0/001
پیش آزمون	9/375	1,22	9/375	0/894	0/355
کارکرد بین فردی	3/375	1,22	3/375	0/344	0/563
پیگیری	26/042	1,22	26/042	2/769	0/110
پیش آزمون	0/042	1,22	0/042	0/002	0/969
کارکرد کل	1/500	1,22	1/500	0/065	0/801
پیگیری	222/042	1,22	222/042	10/833	0/003

با توجه به مطالب فوق می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اجرای درمان مبتنی بر شفقت به صورت پایدار موجب کاهش کارکردهای رفتارهای خود آسیب رسان در مددجویان واجد رفتارهای آسیب رسان عمدی مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران شده است. همچنین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش کارکردهای رفتارهای خود آسیب رسان در نوجوانان بزهکار در مرحله پیگیری اثر بخشی خود را نشان داده است.

در خصوص مولفه‌های خود تنظیمی هیجانی نتایج تحلیل‌های انجام شده نشان داد که شاخص شاپیرو- ویلک مربوط به مولفه‌های خود تنظیمی هیجانی برای گروه درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی به ترتیب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح 0/05 معنادار نیست. نتیجه آزمون لون نیز نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای مولفه‌ها در سطح 0/05 غیر معنادار است؛ این یافته‌ها بیانگر آن است که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است.

برای آزمون فرضیه از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جدول شماره ۶ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در مقایسه اثر اجرای مداخلات بر مولفه‌های خود تنظیمی هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در مقایسه اثر اجرای مداخلات بر مولفه‌های

خود تنظیمی هیجانی

متغیر وابسته	عامل	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	سطح معناداری	η ^۲
سازگاری	زمان	۰/۵۵۴	۸/۴۷۰	2 و 21	۰/۰۰۲	۰/۴۴۶
	زمان * شرایط	۰/۹۸۴	۰/۱۶۶	2 و 21	۰/۸۴۸	۰/۰۱۶
پنهان کاری	زمان	۰/۱۳۸	۶۵/۶۱	2 و 21	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
	زمان * شرایط	۰/۹۶۰	۰/۴۳۸	2 و 21	۰/۶۵۱	۰/۰۴۰
تحمل	زمان	۰/۱۶۶	۵۲/۵۹۴	2 و 21	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
	زمان * شرایط	۰/۹۷۴	۰/۲۸۶	2 و 21	۰/۷۵۴	۰/۰۲۶

منطبق بر جدول شماره ۶ نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که اثر زمان بر مولفه سازگاری، پنهان کاری و تحمل در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این در حالی است که نتایج نشان می‌دهد اثر تعاملی شرایط × زمان در هیچ یک از مولفه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که هیچ کدام از دو برنامه مداخله از نظر اثر بخشی، تفاوت معنی دار آماری با یکدیگر ندارند. لذا این فرضیه که: "اثر بخشی *CFT* و *DBT* بر خود تنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران، متفاوت است" مورد تایید قرار نگرفت. در ادامه شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از تست موخلی ۱ ارزیابی شد؛ نتایج تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مولفه سازگاری و تحمل در سطح ۰/۰۱ معنادار نبود بنابراین مفروضه کرویت برای آن مؤلفه‌ها برقرار است. اما در خصوص مولفه پنهان کاری تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای در سطح ۰/۰۱ معنادار است به همین دلیل درجه آزادی مربوط به این مؤلفه با استفاده از روش برآورد گرینهوس-گیسر ۲ اصلاح شد.

جدول شماره ۷. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر زمان بر مولفه‌های

خود تنظیمی هیجانی

مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	η ^۲
سازگاری	۱/۸۱۳	۲	۰/۹۰۶	۱۱/۸۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹
پنهان کاری	۲/۳۳۰	۲	۱/۱۶۵	۲/۰۲۰	۰/۱۶۹	۰/۰۸۴
تحمل	۷/۵۱	۲	۳/۷۵۵	۵۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶

یافته‌های جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که اثر زمان بر مولفه سازگاری و تحمل در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این در حالی است که اثر زمان بر مولفه پنهان کاری در سطح ۰/۰۵ معنادار

1. Mauchly

2. Greenhouse-Geisser

نیست. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل در گروه درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی، مولفه سازگاری و تحمل را بهبود داده و این اثر بخشی در مرحله پیگیری هم به صورت معناداری تداوم داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت پایدار موجب کاهش پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت در مددجویان واجد رفتارهای خود آسیب رسان شده است. این در حالی است که در اثر بخشی دو روش مداخله، تفاوتی مشاهده نشد؛ یافته‌های این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش شلتون ۱، کستن ۲، زانگ ۳ و ترستمن ۴ (۲۰۱۱) که از رفتار درمانی دیالکتیکی به منظور کنترل رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه نوجوانان پسر زندانی استفاده کردند و نشان دادند که پرخاشگری بدنی شرکت کنندگان کاهش یافته است، همسو است. همچنین نتایج پژوهش‌های متاآنالیز که به بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودکشی پرداختند نیز موید اثرات مثبت رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش خشونت به خود و کاهش دفعات بحران‌های روانپزشکی در نمونه‌های مورد مطالعه است (دیکو، کمپویس و لندس، ۲۰۱۹، ۵). در این خصوص یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق برزین ۶ و ترستمن (۲۰۰۴) که در پژوهش خود کاربرد رفتار درمانی دیالکتیکی را در محیط‌های اصلاحی توصیف کردند، همسو است.

در خصوص اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خود آسیب رسان، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های تحقیق مهلام ۷ و همکاران (۲۰۱۴) و پانوس، جکسون، حسن و پانوس ۸ (۲۰۱۴)، همسو است؛ مهلام و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود به بررسی و مقایسه ی اثر بخشی فرم کوتاه رفتار درمانی دیالکتیکی و مراقبت‌های معمولی تقویت شده بر کاهش رفتارهای خود آسیب رسان در نوجوانان پرداختند و نشان دادند که هر دو درمان موثر بوده اند، اگرچه رفتار درمانی دیالکتیکی بر مراقبت معمولی تقویت شده برتری داشت. همچنین نتیجه پژوهش پانوس، جکسون، حسن و پانوس (۲۰۱۴) نشان داد که اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تلاش برای خود کشی، رفتارهای شبه خود کشی، در آزمودنی‌های با اختلال شخصیت مرزی موثر بوده است.

1. Shelton
2. Kesten
3. Zhang
4. Trestman
5. DeCou, Comtois, & Landes
6. Berzins
7. Mehlum,
8. Panos, Jackson, Hasan & Panos

محققان در پایان چنین استدلال می‌کنند که رفتار درمانی دیالکتیکی در تثبیت و کنترل رفتارهای خود آسیب رسان و بهبود رضایت آزمودنی‌ها موثر است.

در خصوص اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رفتارهای خود آسیب رسان، یافته‌های این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، کارکرد درون فردی، بین فردی و کارکرد کل رفتارهای خود آسیب رسان را کاهش داده است و این اثر بخشی در مرحله پیگیری نشان داده شده است؛ در تبیین این نتایج می‌توان به مفهوم "اثر انباشتگی ۱" که توسط ویلفورد (۲۰۱۶) در کتاب "درمان متمرکز بر شفقت برای آدم‌نماها ۳" ارائه شده است، استناد کرد؛ ویلفورد معتقد است که تمرین‌های متمرکز بر شفقت، اغلب بر پایه ی یکدیگر بنا می‌شوند و اثر انباشتگی دارند؛ برای مثال در مدت نگارش مشفقانه (نوشتن نامه ی مشفقانه)، از ریتم تنفسی تسکین بخش استفاده می‌شود و یا از تصویر سازی استفاده می‌شود که این تمرین‌ها منجر به بهبود تفکر و راهکارهای مشفقانه می‌شود. لذا می‌توان اینگونه استدلال کرد که برای مشاهده ی آثار درمان متمرکز بر شفقت، گذشت زمان (اثر انباشتگی)، متغیر مداخله گر بسیار مهمی است که اثر گذاری این درمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ در راستای تایید این استدلال ویلفورد معتقد است که لازم است زمان بگذرد تا تصاویر مشفقانه در حافظه ی بلند مدت درمانجویان ذخیره شود و اثر آن در تفکر و عمل آنها بروز نماید (ویلفورد، ۲۰۱۶).

یکی از مفاهیمی که در تبیین عدم اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس از آزمون قابل استناد است، مفهوم "ترس از شفقت ۴" است؛ شواهد فزاینده ای وجود دارد که نشان می‌دهد گسترش شفقت به خود به ویژه در ارتباط با مشکلات استرس زا و شکست‌ها، موجب ارتقاء سازگاری روانشناختی، بهبود پیوندهای اجتماعی و شادکامی در جمعیت نوجوان و بزرگسال می‌گردد (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۹؛ نف و مک‌گی، ۲۰۱۰)، اما به هر حال در برخی افراد، هیجان‌های مثبت و احساسات مشفقانه، ممکن است موجب اجتناب و یا حتی واکنش‌های ترس گردد (گیلبرت، ۲۰۱۰)؛ به طور ویژه، افراد با شرم و خود انتقادی بالا و با سوابق رفتارهای خشن، تمایل به بروز ترس، اجتناب و مقاومت در دوستی با دیگران و احساس گرمی و شفقت نسبت به خود، دارند (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ گیلبرت و پروتکتر، ۲۰۱۰؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰) که با یافته‌های حاصل از این پژوهش، همسو است. در همین راستا می‌توان به نتایج پژوهش، میرون، سلیگوسکی، بویکین و اورکات (۲۰۱۶) استناد کرد؛ این محققان استدلال می‌کنند که ترس از شفقت به خود ممکن است به تنهایی به آسیب‌های ناشی از سوء استفاده دوره کودکی، مرتبط باشد. لذا با توجه به این مهم که در تاریخچه زندگی فردی نوجوان بزهکار، آسیب دوره کودکی، از فراوانی بالایی

1. the accumulation effect
2. Welford
3. compassion focused therapy for dummies
4. fear of compassion

برخوردار است، می‌توان اینگونه استدلال کرد که وجود ترس از شفقت در جمعیت بزهکار بالا است و این موضوع، موثر نبودن درمان در مرحله ی پس آزمون را نیز تبیین می‌کند. در تایید این نظر، نتایج مطالعات نیز نشان داده اند که ترس از شفقت با خود انتقادی، افسردگی، علائم اضطراب و استرس، مشکل در توانایی‌های ذهن آگاهی، احساس امنیت و خود اطمینان بخشی، رابطه دارد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). به علاوه محققین معتقدند که این ترس ها ممکن است تحول تجارب یا رفتارهای مشفقانه و سیستم احترام اجتماعی زیربنای شفقت را با مشکل مواجه سازند (گیلبرت، ۲۰۱۰).

با توجه به آنچه در بالا اشاره شد، می‌توان اینگونه استدلال کرد که ترس از شفقت، نیز مولفه ی مهمی است که عدم تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش رفتارهای خود آسیب رسان در مرحله ی پس آزمون را در نوجوانان بزهکار در این پژوهش، تبیین می‌کند؛ لذا با توجه به تایید مزایای مداخلات متمرکز بر شفقت در موارد متنوعی از مشکلات سلامت روان (برای مثال: شرم، خود انتقادی، نشخوار، اجتناب، عواطف منفی، اضطراب و افسردگی (برنارد و کوری، ۲۰۱۱)، به نظر می‌رسد مقاومت در مقابل شفقت به خود و دیگران، باید در یک فضای درمانی مناسب مورد درمان قرار گرفته تا موجب ارتقاء تنظیم عاطفی درونی، ارتباطات و هیجان‌های تسهیل کننده گردد (گیلبرت، ۲۰۱۰)؛ که با توجه به اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت در مرحله ی پیگیری در این پژوهش و تاثیر تمرین‌های شفقت به خود در طول زمان (اثر انباشتگی)، به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر شفقت در یادگیری تنظیم هیجان‌های منفی و در نتیجه شکستن مقاومت آزمودنی ها در مقابل ترس از شفقت نیز موثر بوده است. در نتیجه می‌توان نتایج این پژوهش را با یافته‌های پژوهش‌هایی که در خصوص بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مولفه‌های مهم سلامت روان و به ویژه شرم و خود انتقادی، انجام شده است، همسو دانست؛ در این راستا نتایج پژوهش‌های وتس، دیر، لی و وکرل (۲۰۱۱) (تاثیر شفقت به خود بر رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و مشکلات تنظیم هیجانی دوره بزرگسالی)؛ ون دام، شپارد، فورسیت و ایرلیوین (۲۰۱۱) (نقش پیش بین شفقت به خود و ذهن آگاهی بر شدت علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی)؛ آسانو و همکاران (۲۰۱۵) (تاثیر درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی)؛ ترزا (۲۰۱۵) (اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روی شرم مرتبط با آسیب و استرس پس از آسیب)؛ راکلیف، گیلبرت، مک ایوان، لایتمن و گلاور (۲۰۰۸) (تاثیر تصویر سازی ذهنی متمرکز بر شفقت بر نرخ ضربان قلب و میزان ترشح کورتیزول)؛ آلن و لیری (۲۰۱۰) (نحوه ای که افراد با میزان بالای شفقت به خود با رویدادهای استرس زا، سازگار می‌شوند) و نوربالا، برجلی و نوربالا (۱۳۹۲) (تاثیر گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر زنان مبتلا به افسردگی) با یافته‌های حاصل از این پژوهش همسو است.

در خصوص اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر مولفه‌های خود تنظیمی هیجانی نتایج این پژوهش نشان داد که اجرای متغیرهای مستقل، مولفه سازگاری و

تحمل را بهبود داده و این اثر بخشی در مرحله پیگیری هم به صورت معناداری تداوم داشته است؛ لذا می توان چنین نتیجه گیری کرد که اجرای درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت پایدار موجب بهبود مولفه های خود تنظیمی هیجانی (سازگاری و تحمل) در مددجویان واجد رفتارهای خود آسیب رسان مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر تهران شده است.

در خصوص اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت، یافته های این پژوهش با نتایج تحقیق وتس^۱، دیر^۲، لی^۳ و وکرل^۴ (۲۰۱۱)، همسو است. وتس و همکاران نشان دادند که شفقت به خود به صورت منفی، با مشکلات تنظیم هیجانی رابطه دارد؛ همچنین نشان دادند که شفقت به خود، بدتنظیمی هیجانی را علیرغم تاریخچه ی بدرفتاری، شدت کنونی آشفتگی های روانشناختی و مشکل سوء استفاده از مواد، پیش بینی می کند. به علاوه شفقت به خود، رابطه ی بین شدت بدرفتاری کودکی و بد تنظیمی هیجانی بعدی، را میانجیگری می کرد. همچنین یافته های این پژوهش با یافته های تحقیق آلن^۵ و لیری^۶ (۲۰۱۰) از جهت رابطه بین شفقت به خود بالا با سازگاری در رویدادهای استرس زا، همسو است؛ یافته های این پژوهش نیز نشان داد که مداخلات بر بهبود خود تنظیمی هیجانی (مولفه سازگاری) موثر بوده است. نتیجه تحقیق آلن و لیری هم نشان داد که افراد با میزان بالای شفقت به خود، تمایل بالایی به تکیه بر بازسازی شناختی مثبت^۷ دارند.

در خصوص اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خود تنظیمی هیجانی، یافته های این پژوهش با نتایج تحقیق یئو، جرمان، ویلر، کاماچو، هیرچ و میلر^۸ (۲۰۲۰) از جهت تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خود آسیب رسان و خود تنظیمی هیجانی در نوجوانان، همسو است. همچنین این یافته های با نتایج تحقیق پری پلتچیکوا^۹ و همکاران (۲۰۱۱)، همسو است. این محققان نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی، مهارت های مقابله ای سازش یافته شرکت کنندگان را بهبود بخشیده و همچنین کاهش معنی داری در علائم افسردگی، عقاید خودکشی و رفتارهای مشکل ساز گزارش دادند. همچنین یافته های این پژوهش با نتایج تحقیق برزین^{۱۰} و ترستمن (۲۰۰۴) از جهت تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر مهارت حل مساله به عنوان یک تکلیف سازگاری، همسو است. نتایج تحقیق برزین و ترستمن، اهمیت آسیب های زیربنایی شناختی که نقش مهمی در سبب شناسی رفتارهای خشونت آمیز و پرخاشگرانه دارند را تایید کرد. در همین

1. Gürol
2. Dyer
3. Li
4. Wekerle
5. Allen
6. Leary
7. positive cognitive restructuring
8. Yeo, Germán, Wheeler, Camacho, Hirsch & Miller
9. Perepletchikova
10. Berzins

راستا نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق اشنل و هرپرترز (۲۰۰۶) همسو است؛ این محققان نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب تغییرات عصب شناختی در ناحیه هیپوکامپ، سینگولا و منطفه پیش پیشانی شده است. کاهش فعال شدگی در قشر پیش پیشانی، پاراهیبوکامپ و سینگولا در پاسخ به محرک‌های ترس آور هیجانی منفی از نتایج بکارگیری این رویکرد است. بیشترین تغییر در فعال شدگی سینگولا رخ داده بود. این ساختار نقش مهمی در برجسته کردن محرک‌های هیجانی و در عین حال استفاده از راهبردهای شناختی در کاهش احساس‌های منفی دارد. مواجهه با محرک‌های آزارنده موجب افزایش فعالیت آمیگدال و برانگیختگی ذهنی می‌شود. نتیجه مطالعه اشنل و هرپرترز بر این نکته تاکید کرد و نشان داد رفتاردرمانی شناختی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می‌کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت این رویکرد بیشتر به تنظیم هیجانی کمک می‌کند تا تغییر در شناخت. در واقع، مهارت اساسی که در جلسات گروهی آموزش داده می‌شود مهارت تنظیم هیجان است. همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های تحقیق اکسلرود^۱، پرپلچیکوا، هالترمن^۲ و سینها^۳ (۲۰۱۱)، همسو است؛ اکسلرود و همکاران در پژوهش خود به بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی و سوء مصرف مواد در بین ۲۷ زن وابسته به مواد مخدر و شخصیت مرزی پرداختند و نشان دادند که برنامه مداخله موجب بهبود در تنظیم هیجانی و خلق و کاهش فراوانی سوء مصرف مواد شده است. نکته مهم دیگر این پژوهش این بود که تنظیم هیجانی و نه بهبود خلق، کاهش فراوانی سوء مصرف مواد را تبیین می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به دسترسی دشوار به جامعه آماری و نمونه‌گیری در دسترس و نیز نوع پژوهش شبه تجربی که محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم و تفسیر متغیرها مطرح می‌کند، اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مطالعات پیگیری در دوره‌های زمانی طولانی‌تر دنبال شود، همچنین به بررسی دیگر متغیرها و رویکردهای روانشناختی، پرداخته شود.

منابع

- دماوندیان، ارمغان. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان و افزایش سلامت روان نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی؛ دانشگاه پیام نور تهران.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۹۰). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.

1. Axelrod
2. Holtzman
3. Sinha

- نوربالا، فاطمه؛ برجعلی، احمد و نوربالا، احمد علی (۱۳۹۲). اثر تعاملی «شفقت به خود» و نشخوار فکری بیماران افسرده در «درمان متمرکز بر شفقت. دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی / دانشگاه شاهد، ۲۰ (۱۰۴): ۷۷-۹۲.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). *Self-Compassion, stress, and coping. Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
 - Asano, K., Koike, H., Isoda, H., Inoue, T., Sato, K., Asanuma, A., ... & Iyo, M. (2015). *Effect of Group Cognitive Behavioural Therapy with Compassion Training on Depression: A Study Protocol. Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 1-5.
 - Au, T. M. (2015). *Developing and evaluating a compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress (Doctoral dissertation, Boston University)*.
 - Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). *Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(1), 37-42.
 - Briere, J., & Gil, E. (1998). *Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. American journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
 - Berzins, L. G., & Trestman, R. L. (2004). *The development and implementation of dialectical behavior therapy in forensic settings. International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 93-103.
 - Buss, A. H., & Perry, M. (1992). *The aggression questionnaire. Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452.
 - Casiano, H., Katz, L. Y., Globerman, D., & Sareen, J. (2013). *Suicide and deliberate self-injurious behavior in juvenile correctional facilities: A review. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 118.
 - Cheng, F. K. (2014). *Compassion focused therapy: the CBT distinctive features series*.
 - Cho, S., & Galehan, J. (2020). *Stressful life events and negative emotions on delinquency among Korean youth: an empirical test of general strain theory assessing longitudinal mediation analysis. International journal of offender therapy and comparative criminology*, 64(1), 38-62.
 - Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. Comprehensive psychiatry*, 48(2), 137-144.
 - Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). *Aggression and antisocial behavior. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development (pp. 779 – 862). New York: Wiley.*

- Collishaw, S. (2015). *Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370-393.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). *A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-349.
- De Ridder, D. T., & De Wit, J. B. (2006). *Self-regulation in health behavior: Concepts, theories, and central issues. Self-regulation in health behavior*, 1-23.
- Devine, J., Gilligan, J., Miczek, K. A., Shaikh, R., & Pfaff, D. (2004). *Youth violence. Scientific approaches to prevention. Prologue. Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, ix-xii.
- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P., & Currie, C. (2005). *Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. European journal of public health*, 15(2), 128-132.
- Favazza, A. R. (1998). *The coming of age of self-mutilation. The Journal of nervous and mental disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R. (1992). *Repetitive self-mutilation. Psychiatric Annals*, 22(2), 60-63.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., 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(1), 3.
- Gilbert, P. (2000). *'Internal 'Social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*, 118-150.
- Gilbert, P., & Plata, G. (2013). *Compassion focused therapy. Junfermann Verlag GmbH*.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy. Routledge*.
- Gilbert, P. (2005). *Social Mentalities: A Biopsychosocial and Evolutionary Approach to Social Relationships*.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering. Hillsdale, NJ (Erlbaum) 1989*.
- Gilbert, P. (2009). *777a compassionate mind: A new approach to life's challenges. Oakland, CA: New Harbinger*.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series. London, UK: Routledge*.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). *The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. Psychological medicine*, 28(3), 585-598.

- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 263-325.
- Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2019). *Building an integrative science for psychotherapy for the 21st century: Preface and introduction*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 151-163.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). *Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach*. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., ... & Christou, P. A. (2018). *Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733-741.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012). *Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation*. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-118.
- Gratz, K. L. (2003). *Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Gratz, K. L. (2006). *Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional in expressivity, and affect intensity/reactivity*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250.
- Gratz, K. L. (2007). *Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury*. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091-1103.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). *The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university*. *Cognitive behaviour therapy*, 37(1), 14-25.
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). *Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000–2012*. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151.
- Heath, N., Toste, J., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). *An examination of nonsuicidal self-injury among college students*. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137-156.
- Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2010). *The affective style questionnaire: development and psychometric properties*. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(2), 255-263.
- Huyse, F. J., Herzog, T., Lobo, A., Malt, U. F., Opmeer, B. C., Stein, B., ... & Cardoso, G. (2001). *Consultation-Liaison psychiatric service delivery:*

- results from a European study. General hospital psychiatry, 23(3), 124-132.*
- Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., ... & Yoshikawa, K. (2006). *Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. European child & adolescent psychiatry, 15(3), 172-176.*
 - Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). *Self-injury: A research review for the practitioner. Journal of clinical psychology, 63(11), 1045-1056.*
 - Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press.*
 - Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). *Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychological medicine, 37(8), 1183.*
 - Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). *Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. NeuroImage, 49(2), 1849-1856.*
 - Nelson, L. J. (2013). *Going it alone: Comparing subtypes of withdrawal on indices of adjustment and maladjustment in emerging adulthood. Social Development, 22(3), 522-538.*
 - Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). *Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. PloS one, 3(3), e1897.*
 - Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). *Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. Journal of clinical psychology, 62(4), 459-480.*
 - Mayer, M. J., & Cornell, D. G. (2010). *New perspectives on school safety and violence prevention: Guest editors' preface.*
 - McEvoy, M. A., Estrem, T. L., Rodriguez, M. C., & Olson, M. L. (2003). *Assessing relational and physical aggression among preschool children: Intermethod agreement. Topics in early childhood special education, 23(2), 51-61.*
 - Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry, 53(10), 1082-1091.*
 - Miller, D. N., & Brock, S. E. (2010). *Identifying, assessing, and treating self-injury at school. Springer Science & Business Media.*
 - Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. Guilford Press.*
 - Miron, L. R., Seligowski, A. V., Boykin, D. M., & Orcutt, H. K. (2016). *The potential indirect effect of childhood abuse on posttrauma pathology*

- through self-compassion and fear of self-compassion. Mindfulness, 7(3), 596-605.*
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). *Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. Archives of suicide research, 11(1), 69-82.*
 - Nangle, D. W., Erdley, C., Carpenter, E. M., & Newman, J. E. (2002). *Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: A developmental-clinical integration. Aggression and violent behavior, 7(2), 169-199.*
 - Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). *Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. Motivation and Emotion, 33(1), 88-97.*
 - Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & DeJitterat, K. (2005). *Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. Self and identity, 4(3), 263-287.*
 - Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). *Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and identity, 9(3), 225-240.*
 - Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). *Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA psychiatry, 70(3), 300-310.*
 - Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). *Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry research, 144(1), 65-72.*
 - Nock, M. K., Teper, R., & Hollander, M. (2007). *Psychological treatment of self-injury among adolescents. Journal of clinical psychology, 63(11), 1081-1089.*
 - Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). *Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). Research on Social Work Practice, 24(2), 213-223.*
 - Penn, J. V., Esposito, C. L., Schaeffer, L. E., Fritz, G. K., & Spirito, A. (2003). *Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(7), 762-769.*
 - Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. L. (2011). *Adapting dialectical behavior therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. Child and adolescent mental health, 16(2), 116-121.*
 - Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2019). *The efficacy of a Compassion-Focused Therapy-Based intervention in*

- reducing psychopathic traits and disruptive behavior: A clinical case study with a juvenile detainee. Clinical Case Studies, 18(5), 323-343.*
- *Ridder, D. T., & De Wit, J. B. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories, and central issues. Self-regulation in health behavior, 1-23.*
 - *Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. Journal of personality disorders, 18(1), 73-89.*
 - *Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery.*
 - *Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. Journal of youth and Adolescence, 31(1), 67-77.*
 - *Schnell, K., & Herpertz, S. C. (2007). Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. Journal of psychiatric research, 41(10), 837-847.*
 - *Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy—Corrections Modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24(2), 105-113.*
 - *Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. Clinical psychology review, 18(5), 531-554.*
 - *Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. Aggression and violent behavior, 9(3), 247-269.*
 - *Swales, M. A., & Heard, H. L. (2016). Dialectical behaviour therapy: distinctive features. Taylor & Francis.*
 - *Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(2), 211-217.*
 - *Trentacosta, C. J., & Shaw, D. S. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. Journal of applied developmental psychology, 30(3), 356-365.*
 - *Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. Journal of anxiety disorders, 25(1), 123-130.*
 - *Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. International Journal of Mental Health and Addiction, 9(5), 480.*

- Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). *Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. The American journal of psychiatry.*
- Yeo, A. J., Germán, M., Wheeler, L. A., Camacho, K., Hirsch, E., & Miller, A. (2020). *Self-harm and self-regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents. Child and Adolescent Mental Health.*
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). *Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. Journal of personality disorders, 20(1), 9-15.*
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., & Kora, M. E. (2003). *Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57(1), 119-126.*