Military Caring Sciences

Original Article

OPEN ACCESS

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on the Domains of Early Maladaptive Schemas and High-Risk Behaviors in Adolescents

*Jadidi Mohammadabadi. A[1]

Torabi. S.A[2]

*1- Associate Professor, Educational Sciences Department, Payame Noor University, Tehran, Iran and Visiting Lecturer, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran (*Corresponding Author) Email: a.jadidi@pnu.ac.ir*

2- clinical psychology, Arak Branch, Medical Sciences School, Islamic Azad University, Arak, Iran

ABSTRACT

Introduction: Despite the growing evidence for the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) in clinical populations, its application in non-clinical settings and on concurrent variables such as schemas and high-risk behaviors in Iranian adolescents has been less investigated.

Objective: This study aimed to determine the effect of Dialectical Behavior Therapy on various domains of early maladaptive schemas and high-risk behaviors in adolescents in Rafsanjan.

Material and Methods: The present study was applied in terms of purpose and employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The study population included all adolescents in Rafsanjan during the first half of 2024. The research sample consisted of 30 adolescents from Rafsanjan, who were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups: experimental (n=15) and control (n=15). The intervention was implemented based on Linehan's Dialectical Behavior Therapy model (2002), and data were collected using the High-Risk Behaviors Questionnaire (Shafiei, 2013) and the Young Schema Questionnaire – Short Form (1998). For data analysis, Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used.

Results: The findings of the present study indicated that dialectical behavior therapy had a significant effect (P<0.001), F212.35 = (1.27) , on reducing the scores of various domains of early maladaptive schemas and high-risk behaviors in the experimental group compared to the control group. The results showed that dialectical behavior therapy had the greatest impact on reducing the domain of impaired autonomy/performance, accounting for 59% of the variance, and the least impact on reducing impaired limits. Furthermore, the results indicated that dialectical behavior therapy explained 88.7% of the variance in reducing high-risk behaviors among adolescents. The mean and standard deviation of the experimental group decreased from the pretest stage (M=130.2±4.13) to the posttest stage (M=105.4±4.4); however, in the control group, the mean and standard deviation did not change considerably from the pretest stage (M=130.87±1.95) to the posttest stage (M=130.47±4.95).

Conclusion: Dialectical Behavior Therapy, by significantly reducing the domains of early maladaptive schemas and high-risk behaviors in adolescents, is introduced as an effective intervention in non-clinical settings. It is recommended that this therapeutic approach be integrated into school-based programs and counseling centers, and that future studies with longer follow-up periods and larger sample sizes examine the sustainability of its effects.

Keywords: Adolescents, Dialectical Behavior Therapy, Early Maladaptive Schemas, Risky Behaviors

Cite this article: Jadidi Mohammadabadi A, Torabi SA. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on the Domains of Early Maladaptive Schemas and High-Risk Behaviors in Adolescents. Military Caring Sciences. 2026; 13(2): 151-160.

Received: 2025/01/12 Received in revised form: 2025/10/12 Accepted: 2025/11/02 Published: 2026/06/30

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences.

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در نوجوانان

*اکبر جدیدی محمدآبادی[1]
سید فاضل ترابی[2]

۱- دانشیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:
a.jadidi@pnu.ac.ir

۲- گروه روانشناسی بالینی، واحد اراک، دانشکده علوم‌پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

چکیده

مقدمه: با وجود شواهد رو به رشد درباره اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT: Dialectical Behavior Therapy) در جمعیت‌های بالینی، کاربرد این رویکرد در محیط‌های غیربالینی و بر روی متغیرهای هم بنیاد مانند طرحواره‌ها و رفتارهای پرخطر در نوجوانان ایرانی کمتر بررسی شده است.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر حوزه‌های مختلف طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در نوجوانان شهرستان رفسنجان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا، یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی نوجوانان شهرستان رفسنجان در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش، شامل ۳۰ نفر از نوجوانان شهرستان رفسنجان بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای‌گذاری شدند. جهت اجرا از مدل رفتار درمانی دیالکتیک لیهان استفاده شد و داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه رفتارهای پرخطر شفیعی و پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری ($P< ۰/۰۰۱$)، $F(۱/۲۷) =۲۱۲/۳۵$ بر کاهش نمرات حوزه‌های مختلف طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشت. نتایج نشان داد روش درمان رفتاری دیالکتیک بیشترین تأثیر را بر کاهش حوزه خودگردانی/عملکرد مختل با تبیین ۵۹ درصد واریانس و کمترین تأثیر را بر کاهش محدودیت‌های مختل داشت. همچنین نتایج نشان داد روش درمان رفتاری دیاکتیک ۸۸/۷ درصد واریانس کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان را تبیین کرد و میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش از مرحله پیش آزمون ($M=۱۳۰/۲±۴/۱۳$) به مرحله پس آزمون ($M=۱۰۵/۴±۴/۴$) کاهش را نشان می‌دهد اما در گروه کنترل میانگین و انحراف استاندارد از مرحله پیش آزمون ($M=۱۳۰/۸۷±۱/۹۵$) به مرحله پس آزمون ($M=۱۳۰/۴۷±۴/۹۵$) تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشت.

نتیجه‌گیری: رفتار درمانی دیالکتیک با کاهش معنادار حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در نوجوانان، به‌عنوان یک مداخله‌ی مؤثر در محیط‌های غیربالینی معرفی می‌شود. پیشنهاد می‌شود این روش درمانی در برنامه‌های مدارس و مراکز مشاوره به کار گرفته شود و پژوهش‌های آینده با دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت و نمونه‌های بزرگ‌تر، پایداری اثرات آن را بررسی نمایند.

کلمات کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیک، رفتارهای پرخطر، نوجوانان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه

استناد: جدیدی محمدآبادی اکبر، ترابی سید فاضل. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در نوجوانان. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۵؛ ۱۳(۲): ۱۶۰- ۱۵۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۳ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۷/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۱ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۰۹

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا.

© نویسندگان.

CC BY NC

مقدمه

دوران نوجوانی به‌عنوان یکی از حساس‌ترین و بحرانی‌ترین مراحل زندگی انسان، با تغییرات جسمانی، عاطفی و شناختی گسترده‌ای همراه است. در این دوره، نوجوانان با چالش‌هایی مواجه می‌شوند که ممکن است آن‌ها را به سمت رفتارهای پرخطر هدایت کند (۱). در این دوره بحرانی، افراد تصمیمات مهمی درباره سلامت، رشد و رفتارهای خود می‌گیرند که می‌تواند تأثیرات بلندمدتی بر زندگی بزرگسالی آن‌ها خواهد داشت (۲). بسیاری از نوجوانان به دلیل مشکلات تنظیم هیجانی و تکانشگری، درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند که می‌تواند پیامدهای منفی جدی برای سلامت جسمی و روانی آن‌ها داشته باشد (۳). رفتارهای پرخطر (High-Risk Behaviors) به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را در فرد افزایش می‌دهد. این رفتارها در افراد مختلف با یکدیگر به‌شدت همبسته‌اند و از الگوی هم‌تغییری پیروی می‌کنند (۴). شیوع رفتارهای پرخطر در جوامع یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت است که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است (۵). مطالعات مختلف در دهه‌های اخیر نشان داده‌اند که رفتارهای پرخطر در دوران نوجوانی بسیار رایج و پر تکرار هستند. نوجوانان به این دلیل درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند که خود را آسیب‌ناپذیر می‌دانند (۶). رفتارهای پرخطر شامل اقداماتی مانند مصرف مواد مخدر، خشونت و رفتارهای جنسی پرخطر است که می‌توانند سلامت جسمی و روانی نوجوانان را به خطر بیندازند (۷).

یکی از عوامل مؤثر بر بروز رفتارهای پرخطر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که در سنین کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند و بر افکار، احساسات و رفتارهای فرد تأثیر می‌گذارند (۸). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگوهای عمیق و ثابت تفکر شناخته می‌شوند که به شکل‌گیری دیدگاه منفی نسبت به خود، دیگران و دنیا منجر می‌شوند (۹). این تغییرات چندگانه در راستای تشکیل هویت فرد و ایجاد روابط بین فردی جدید است که منبع استرس و فشار برای نوجوان می‌شود و وی را در مقابل مشکلات درونی سازی مانند افسردگی و رفتارهای پرخطر، آسیب‌پذیر می‌کند (۱۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMS: Early Maladaptive Schemas) الگوهای شناختی و رفتاری هستند که در دوران کودکی شکل می‌گیرند و می‌توانند به مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالی منجر شوند. این طرحواره‌ها می‌توانند با رفتارهای پرخطر مرتبط باشند (۱۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به مشکلات تنظیم هیجانی و رفتارهای پرخطر دامن بزنند. با اجرای رفتار درمانی دیالکتیک، نوجوانان می‌توانند بهبود قابل ملاحظه‌ای در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر خود داشته باشند (۱۲). این روش به آن‌ها کمک می‌کند تا به آگاهی از خود و احساسات خود بپردازند و مهارت‌های مقابله با استرس و اضطراب را یاد بگیرند (۱۳).

رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical Behavior Therapy) که توسط لینهان برای کاهش مشکلات تنظیم هیجانی و رفتارهای مشکل‌ساز تدوین شده است، به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر در جمعیت نوجوانان شناخته می‌شود (۱۴، ۱۵). این روش با تلفیق تکنیک‌های شناختی-رفتاری و اصول دیالکتیکی (شامل پذیرش و تغییر هم‌زمان)، به نوجوانان کمک می‌کند تا الگوهای ناسازگار فکری و رفتاری خود را شناسایی کرده و باورهای منفی را با شیوه‌های سازگارتر جایگزین نمایند (۱۶، ۱۷). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که Dialectical Behavior Therapy در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در نوجوانان مؤثر است و از طریق تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و بهبود روابط بین فردی، زمینه‌ساز تغییرات پایدار در رفتارهای آنان می‌شود (۸، ۱۵). با وجود این شواهد، کاربرد این رویکرد در محیط‌های غیربالینی و بر روی ترکیب متغیرهای طرحواره و رفتار پرخطر در نوجوانان ایرانی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است که ضرورت انجام پژوهش حاضر را توجیه می‌کند. رفتار درمانی دیالکتیک با بهره‌گیری از تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش، ذهن آگاهی و تنظیم هیجانات، به نوجوانان کمک می‌کند تا باورهای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و الگوهای رفتاری جایگزین و سازنده‌ای را جایگزین نمایند (۲۰). از طریق تمرین‌های مشاوره‌ای و تمرینات رفتاری، نوجوانان می‌آموزند چگونه با احساسات و هیجانات خود مطابقت بیشتری برقرار کنند و رفتارهای سازنده و مناسب‌تری را انتخاب کنند (۶). در پژوهش دوزویس، مارتین و فولکنر (Dozois, Martin & Faulkner) حوزه محدودیت‌های مختل بیشترین رابطه را با

پرخاشگری داشت، همچنین سبک‌های پرخاشگرانه، میانجیگر رابطه بین طرحواره‌های مختل و جنبه‌های مختلف پرخاشگری از جمله کلامی جسمانی و خصومت بود (۱۲).

مورلی (Morelli) و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ماکیاولیسم و خودشیفتگی اشتراک جنسیت‌های خود را به‌طور مثبت پیش‌بینی می‌کنند. رفتارهای پرخطر در نوجوانان ممکن است شامل مصرف مواد مخدر، خود آسیبی، رفتارهای خشونت‌آمیز و جرم آمیز و همچنین رفتارهای جنسی غیرسالم باشد (۱۹). این روش درمانی با ارائه اطلاعات درباره عواقب منفی این رفتارها و تمرین راهکارهای جایگزین سازنده، به نوجوانان کمک می‌کند تا رفتارهای پرخطر خود را کاهش دهند و به‌جای آن‌ها رفتارهای سالم‌تری را انتخاب کنند (۱).

این مطالعه می‌تواند به ارائه شواهد علمی برای استفاده از Dialectical Behavior Therapy در محیط‌های مدرسه‌ای و غیر بالینی کمک کند و راهکارهای مؤثری برای کاهش مشکلات روانی و رفتاری در نوجوانان ارائه دهد. با تحلیل دقیق و جامع اثرات این روش در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش سطح عملکرد نوجوانان، می‌توان به بهبود کلیت روند تغییر در آن‌ها کمک کرد. با توجه به مطالب فوق مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در نوجوانان شهرستان رفسنجان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه‌ی اجرا، یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی نوجوانان شهرستان رفسنجان در نیمه‌ی اول سال ۱۴۰۳ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ نوجوان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای‌گذاری شدند. معیارهای ورود شامل: دامنه‌ی سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، سکونت در رفسنجان، اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از والدین و تعهد به حضور منظم در جلسات بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و انصراف داوطلبانه بود.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه رفتارهای پرخطر (High–Risk Behaviors Questionnaire) که توسط شفیعی (۱۳۹۲) تدوین شده مشتمل بر ۶۱ سؤال است، استفاده شد که مقیاس نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت هرگز (صفر)، گاهی (۱)، معمولاً (۲)، همیشه (۳) تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه در مطالعات پیشین (۲۰) با آلفای کرونباخ ۰/۸۱۲ مورد تائید قرار گرفته و روایی آن نیز توسط گروهی از روان‌شناس تائید شده است (۲۱). در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اطمینان قابل قبول آن است. پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ (۱۹۹۸) (SQ–SF: Young Schema Questionnaire – Short Form)، این پرسشنامه ۷۵ آیتمی توسط یانگ (۱۹۹۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است (۲۲). این طرحواره‌ها شامل رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم، محرومیت هیجانی، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نایافته / گرفتار، شکست، استحقاق / بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی هستند، هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست). در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. (۲۳). چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (۲۴). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۴ بر دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده نیز ۰/۹۴ می‌باشد (۲۵). همچنین در این مطالعه از مدل رفتار درمانی دیالکتیک لینهان به کار گرفته شد، به این صورت که درمان شناختی رفتاری طی ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا گردید (۲۶). داده‌ها پس از جمع‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون‌های کوواریانس و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند، ضریب آلفای کرونباخ محرومیت هیجانی ۰/۶، رهاشدگی/ بی ثباتی ۰/۶۱، بی اعتمادی/ بدرفتاری ۰/۶۴، انزوای اجتماعی/ بیگانگی ۰/۶۳، نقص/ شرم ۰/۶۷، شکست ۰/۷، وابستگی/ بی کفایتی ۰/۶۵، آسیب پر نسبت به ضرر یا بیماری ۰/۶۴، خود تحول نیافته/ گرفتار ۰/۶۲، اطاعت ۰/۶۱، ایثارگری ۰/۶۴، بازداری هیجانی ۰/۶۵، سرسختانه / عیب‌جویی افراطی ۰/۷۱، استحقاق / بزرگ‌منشی ۰/۶۵، خویشتن‌داری /

خود انضباطی ناکافی ۰/۶۱ به دست آمدند. با توجه به نتایج به دست آمده همه مؤلفه‌های در پرسشنامه‌های استاندارد رفتارهای پرخطر و طرحواره یانگ، با داشتن ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷، از پایایی مناسبی برخوردارند.

مداخله‌ی درمانی مبتنی بر مدل رفتار درمانی دیالکتیک لینهان برای گروه آزمایش به‌صورت گروهی و در ۱۶ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) اجرا گردید. محتوای جلسات شامل سه مؤلفه‌ی اصلی این رویکرد بود: مهارت‌های هشیاری فراگیر (ذهن آگاهی) در جلسات ۱ تا ۶، مهارت‌های تنظیم هیجانی در جلسات ۷ تا ۱۲ و مهارت‌های تحمل پریشانی در جلسات ۱۳ تا ۱۶ (جدول ۱). گروه کنترل در طول این دوره هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً در انتهای پژوهش، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، یک جلسه‌ی آموزشی خلاصه‌شده برای آنان برگزار شد. به‌منظور جلوگیری از نشت اطلاعات بین دو گروه، جلسات درمانی در زمان و مکان جداگانه برگزار گردید و بر محرمانگی محتوای مداخله تأکید شد. کلیه مراحل پژوهش مطابق با اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی و دستورالعمل‌های کمیته اخلاق در پژوهش‌های پزشکی (COPE: Committee on Publication Ethics) انجام شد (۲۷، ۲۸). همچنین گروه کنترل پس از پایان پژوهش از مداخله درمانی مشابه بهره‌مند شدند. کد اخلاق استفاده شده در این پژوهش IR.IAU.ARAK.۱۴۰۳.۲۱۰ بود.

داده‌های گردآوری شده در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از تأیید نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف–اسمیرنف و بررسی همگنی واریانس‌ها با آزمون لِوِن، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ تحلیل شدند. سطح معنی‌داری برای کلیه‌ی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین، برای تعیین اندازه‌ی اثر مداخله، از شاخص مجذور اتا (η^2) استفاده گردید در ادامه به خلاصه‌ای از جلسات درمان اشاره شده است:

جدول ۱- خلاصه برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۲۰۰۲) (۲۶)

مهارت	جلسات	محتوای هر جلسه
مقدمه و آموزش هشیاری فراگیر	اول و دوم	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست.
	سوم و چهارم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های "چه چیز" و مهارت‌های "چگونه " هشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
	پنجم و ششم	مهارت‌های "چه چیز" و" چگونه" به‌طور عملی در گروه تمرین شد. چون این تمرین‌ها هسته مرکزی DBT محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود.
آموزش تنظیم هیجانی	هفتم و هشتم	در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
	نهم و دهم	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد، آموزش داده شد.
	یازدهم و دوازدهم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد.
آموزش تحمل پریشانی	سیزدهم و چهاردهم	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت کردن حواس و خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه پرداخته شد.
	پانزدهم و شانزدهم	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به‌صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ نوجوان شرکت داشتند که ۱۵ نفر (۵۰ درصد) در گروه آزمایش و ۱۵ نفر (۵۰ درصد) در گروه کنترل جای‌گذاری شدند. جدول شماره ۲ توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان را بر حسب جنسیت و سن نشان می‌دهد.

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف و شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته (طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر) در مرحله‌ی پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل نرمال است (جدول ۳). همچنین، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها (آزمون لِوِن) و همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تأیید شدند (P< ۰/۰۵).

برای بررسی تأثیر مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. جدول شماره ۳ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) نمرات حوزه‌های پنج‌گانه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در مرحله‌ی پیش‌آزمون میانگین نمرات هر دو گروه در حوزه‌های مختلف طرحواره تقریباً مشابه است، اما در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش در تمامی حوزه‌ها کاهش چشمگیری داشته است، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل‌توجهی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲- وضعیت شرکت کنندگان بر حسب جنسیت و سن

متغیر	جنسیت	فراوانی	درصد
گروه	آزمایش	۱۵	٪۵۰
	کنترل	۱۵	٪۵۰
جنسیت	پسر	۱۵	٪۵۰
	دختر	۱۵	٪۵۰
سن	۱۵ سال	۹	٪۳۰
	۱۶ سال	۱۲	٪۴۰
	۱۷ سال	۹	٪۳۰

جدول ۳ - شاخص‌های توصیفی نمرات حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در دو گروه آزمایش و کنترل

حوزه‌ی طرحواره	مرحله	گروه آزمایش (n=۱۵)		گروه کنترل (n=۱۵)		نتیجه آزمون(T مستقل، درجه آزادی، سطح معناداری)
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
بریدگی/طرد	پیش‌آزمون	۹۴/۴	۶/۴۲	۹۲/۹۳	۴/۴۹	T= ۰/۷۲, df= ۲۸ , P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۸۰/۷۳	۴/۴۷	۹۳/۲	۴/۳۴	T= -۷/۷۲ , df= ۲۸ , P<۰/۰۰۱
خودگردانی/عملکرد مختل	پیش‌آزمون	۸۲/۶۶	۴/۰۲	۸۰/۴۶	۳/۷۳	T= ۱/۵۵ , df=۲۸ , P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۶۷/۰۶	۳/۲۶	۸۰/۸۶	۳/۵۴	T= -۱۱/۰۹ , df=۲۸ , P< ۰/۰۰۱
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون	۴۰/۰۶	۲/۷۸	۳۷/۸۶	۲/۳۸	T= ۱/۳۲ , df=۲۸ , P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۳۲/۶	۳/۵۲	۳۸/۲۶	۲/۲۸	T= -۵/۲۳, df=۲۸ , P< ۰/۰۰۱
دیگرجهت‌مندی	پیش‌آزمون	۳۹/۴	۳/۸۵	۳۹/۸۶	۲/۷۷	T= -۰/۳۸, df=۲۸ , P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۳۱/۶۶	۳/۴۹	۳۹/۱۳	۲/۱۶	T= -۷/۰۲, df=۲۸ , P< ۰/۰۰۱
گوش‌به‌زنگی/بازداری	پیش‌آزمون	۳۹/۴۶	۲/۲۳	۳۷/۵۳	۱/۶۸	T= ۱/۶۷, df=۲۸ , P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۳۴/۹۳	۱/۶۶	۳۹/۹۳	۲/۹۳	T= -۵/۷۳, df=۲۸ , P< ۰/۰۰۱
رفتارهای پرخطر	پیش‌آزمون	۱۳۰/۴	۲/۱۳	۱۳۰/۸۷	۱/۹۵	T= -۰/۶۲, df=۲۸ , P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱۰۵/۴	۴/۴	۱۳۰/۴۷	۴/۹۵	T= -۱۴/۶۴, df=۲۸ , P<۰/۰۰۱

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره را برای مقایسه‌ی نمرات حوزه‌های پنج‌گانه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر کاهش نمرات تمامی حوزه‌های طرحواره در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است (P>۰/۰۵). بیشترین میزان تأثیر مربوط به حوزه‌ی

خودگردانی/عملکـــرد مختل بـــا ۰/۵۹ =η^2 و کمترین میزان تأثیر مربوط به حوزه‌ی محدودیت‌های مختل با ۰/۲۸ =η^2 بود. به عبارت دیگر، رفتار درمانی دیالکتیک به ترتیب بیشترین تأثیر را بر کاهش طرحواره‌های حوزه‌ی خودگردانی/عملکرد مختل و کمترین تأثیر را بر کاهش طرحواره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل داشته است. همچنین، تعامل بین پیش‌آزمون و شـــرط آزمایشـــی در هیچ‌یک از حوزه‌هـــا معنادار نبـــود (P>۰/۰۵) که نشـــان‌دهنده‌ی برقراری مفروضه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون است.

جدول ۴ - نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه‌ی نمرات حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه آزمایش و کنترل

حوزه‌ی طرحواره	آزمایش	کنترل	آمار F	درجه آزادی (اثر عمل آزمایشی و درجه آزادی خطا)	سطح معنی‌داری	مجذور اتا (η^2)
بریدگی/طرد	۱۶/۵۹ (۱/۶۳)	۱۹/۱۳ (۱/۴۵)	۳۴/۵۳	df_1= ۱ df_2= ۲۷	P<۰/۰۰۱	۰/۵۶
خودگردانی/عملکرد مختل	۱۶/۵۵ (۱/۶۳)	۱۹/۹۱ (۱/۴۶)	۳۹/۲۰	df_1= ۱ df_2= ۲۷	P<۰/۰۰۱	۰/۵۹
محدودیت‌های مختل	۱۸/۰۳ (۲/۱۲)	۱۹/۶۳ (۱/۴۳)	۱۰/۵۸	df_1= ۱ df_2= ۲۷	P=۰/۰۰۳	۰/۲۸
دیگر جهت‌مندی	۱۵/۴۰ (۲/۰۵)	۱۹/۶۱ (۱/۵۳)	۳۲/۱۵	df_1= ۱ df_2= ۲۷	P<۰۰۱	۰/۵۴
گوش‌به‌زنگی/بازداری	۱۷/۶۴ (۱/۴۵)	۱۹/۴۶ (۱/۵۰)	۲۲/۵۱	df_1= ۱ df_2= ۲۷	P<۰/۰۰۱	۰/۴۶

جدول ۵- تحلیل کواریانس تک متغیره در متن تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیر رفتارهای پرخطر

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون رفتارهای پرخطر	۳۶/۶	۱	۳۶/۶	۱/۷	۱	۰/۲	۰/۰۵۹
شرط آزمایشی	۴۵۵۱/۶۷	۱	۴۵۵۱/۶۷	۲۱۲/۳۵	۱	P<۰/ ۰۰۱	۰/۸۸۷
خطا	۵۷۸/۷۳	۲۷	۲۱/۴۳		۲۷		

در جدول شماره ۵ تحلیل نتایج مقایسه تأثیر عمل‌های آزمایشی در بین گروه‌هـــا در رفتارهای پرخطر را نشـــان می‌دهد. یافته‌ها نشـــان داد بین دو گروه در رفتارهـــای پرخطر تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P< ۰/۰۰۱، ۲۱۲/۳۵ = $F_{(1,27)}$) در نتیجه تأثیر شرط آزمایشی (درمان دیالکتیک) بر کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان مؤثـــر بوده اســـت و ۸۸/۷ درصد واریانس کاهـــش در رفتارهای پرخطر را درمان دیالکتیک تبیین کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضـــر با هدف تعیین تأثیر رفتـــار درمانی دیالکتیک بر طرحواره‌هـــای ناســـازگار اولیه و رفتارهای پرخطـــر در نوجوانان شهرســـتان رفســـنجان انجام گرفت. یافته‌های فرضیه اول (تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان) نشـــان داد که رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر کاهش نمرات تمامی حوزه‌های پنج‌گانه‌ی طرحواره‌های ناســـازگار اولیه (بریدگی/طرد، خودگردانی/عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگـــر جهت‌منـــدی و گوش‌به‌زنگی/بازداری) در گـــروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته اســـت (جدول ۴). بیشترین میزان تأثیر مربوط به حوزه‌ی خودگردانی/عملکرد مختل کمترین میزان تأثیر مربوط به حوزه‌ی محدودیت‌های مختل بود.

این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشـــین هم‌ســـو است. دوازویس (Dozois) و همکاران نشـــان دادند که حـــوزه‌ی محدودیت‌های

مختل بیشـــترین رابطـــه را با پرخاشـــگری دارد و ســـبک‌های پرخاشگرانه میانجیگر رابطه بین طرحواره‌های مختل و جنبه‌های مختلف پرخاشگری هستند (۱۲). همچنین، پیمان‌نیا و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک – خانواده و مهارت‌های کودک (DBT–FST) بر کاهش تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی در دختران دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان مؤثر بوده اســـت (۱۵). صفری‌نیا و همکاران نیز به تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود آسیب‌رســـان در مددجویان کانون اصلاح و تربیت تهران اشاره کردند (۱۶). پژوهش گودینی (Godini) و همکاران نیز نشـــان داد که مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر با والدین مطلقه مؤثر است (۱۳).

در بررســـی پژوهش‌های انجام شده، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم با یافته‌های حاضر مغایرت داشـــته باشـــد، یافت نشد. با این حال، برخی مطالعات به تأثیر کمتر رفتار درمانی دیالکتیک بر حوزه‌های خاصی از طرحواره‌ها اشاره کرده‌اند. پژوهش جاکوبوویچ و درابیک نشـــان داد که اثربخشـــی رفتار درمانی دیالکتیک بر طرحواره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل ممکن اســـت به دلیل ماهیت پایدار و ریشـــه‌دار این طرحواره‌ها، نیازمند جلسات درمانی بیشتری باشد (۱۸). این یافته با پژوهش حاضر هم‌سو است، زیرا در مطالعه‌ی ما نیز حوزه‌ی محدودیت‌های مختل کمترین میزان تأثیرپذیری را از مداخله نشان داد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفـــت رفتار درمانی دیالکتیک با بهره‌گیری از تکنیک‌هـــای مبتنی بر پذیرش، ذهن آگاهی و تنظیم هیجانات، بـــه نوجوانان کمک می‌کند تا باورهـــای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و الگوهای رفتاری جایگزین و سازنده‌ای را جایگزین نماینـــد (۸، ۱۸). طرحواره‌های ناســـازگار اولیه به‌عنـــوان الگوهای شـــناختی و هیجانی عمیقی شناخته می‌شوند که در دوران کودکی شکل می‌گیرند و بر رفتار، افکار و احساسات فرد در بزرگسالی تأثیر می‌گذارند (۹). کاهش معنادار در حوزه‌ی خودگردانی/عملکرد مختل (شامل طرحواره‌های شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری و خود تحول نیافتگی) نشان‌دهنده‌ی آن است که نوجوانان با کمک این درمان توانسته‌اند باورهای منفی درباره‌ی توانایی‌های خود را اصلاح کنند و خود پنداره‌ی مثبت‌تری کسب نمایند (۱۱). همچنین، کاهش در حوزه‌ی بریدگی/طرد (شـــامل محرومیت هیجانی، رهاشـــدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و نقص/شـــرم) نشـــان‌دهنده‌ی بهبود توانایی نوجوانان در برقراری روابط بین فردی سالم و کاهش احساس تنهایی و طردشـــدگی است (۱۰). پژوهش زاپولسکی (Zapolski) و همکاران نیز نشان داد که اجرای مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک در مدارس می‌تواند به بهبود تنظیم هیجانی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار در نوجوانان کمک کند (۹).

یافته‌های پژوهش حاضر نشـــان داد کـــه رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان داشـــته اســـت (جدول ۵). این مداخله توانســـت ۸۸/۷ درصد از واریانس کاهش رفتارهـــای پرخطر را تبییـــن کند. میانگیـــن رفتارهای پرخطـــر در گـــروه آزمایـــش از ۱۳۰/۴±۲/۱۳ در پیش‌آزمون به ۱۰۵/۴±۴/۴ در پس‌آزمـــون کاهش یافـــت، در حالی که در گروه کنتـــرل تغییر قابل توجهی مشـــاهده نشـــد. این یافتـــه با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌سو است. پیمان‌نیا و همکاران نشان دادند که رفتـــار درمانی دیالکتیک باعث کاهش معنادار تکانشـــگری و افزایـــش رضایت از زندگی در نوجوانان می‌شـــود (۱۵). نیامتی و همـــکاران نیز در پژوهش خود نشـــان داد کـــه مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش رفتارهای پرخطر در زنان زندانی می‌شود (۲۹). همچنین، مک‌مین و همکاران به کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان و خودکشی در افراد با اختلال شخصیت مرزی پرداختند که بیانگر تأثیر مشابه Dialectical Behavior Therapy در کاهش رفتارهای پرخطر است (۱۸). پژوهش یاری و همکاران نیز نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت در نوجوانان مؤثر اســـت که خود می‌تواند به کاهش رفتارهای پرخطر منجر شود (۲).

در بررسی پژوهش‌های انجام شده، مطالعه‌ای که به طور مستقیم با یافته‌های حاضر در زمینه‌ی رفتارهای پرخطر مغایرت داشته باشد، یافت نشد. با این حال، برخی مطالعات به تأثیر کمتر رفتار درمانی دیالکتیک بر رفتارهای پرخطر در نمونه‌های خاص اشاره کرده‌اند. پژوهش نیامتی و همکاران نشان داد که در زنان زندانی با سابقه‌ی طولانی مدت رفتارهای پرخطر، اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک ممکن است نیازمند دوره‌های درمانی طولانی‌تر باشد. در مطالعه‌ی حاضر نیز که نمونه‌ی آن از نوجوانان بالینی بودند، اثربخشی بالایی مشاهده شـــد که می‌تواند به دلیل انعطاف‌پذیری بیشتر نوجوانان در پذیرش مهارت‌های جدید باشد (۲۹). در تبیین یافته‌های فوق

می‌توان گفت رفتارهای پرخطر شـــامل اقداماتی است که احتمال آسیب به خود یا دیگران را افزایش می‌دهد و معمولاً با ویژگی‌هایی مانند کنترل ضعیف تکانـــه، هیجان‌طلبی، یا ناتوانی در پیش‌بینی پیامدهـــای منفی مرتبط اســـت (۴، ۶). رفتار درمانی دیالکتیک با تمرکز بر مهارت‌هایی نظیر تنظیم هیجان، پذیرش، حل مســـئله و بهبود روابط بین‌فردی، نوجوانان را قادر می‌سازد تا جایگزین‌هایی ســـازنده برای این رفتارها پیدا کننـــد (۱۶، ۱۸). یکی از مهم‌ترین عوامل در شـــکل‌گیری رفتارهـــای پرخطر، ناتوانـــی در مدیریت هیجانات منفی مانند خشم، اضطراب و ناامیدی است. رفتار درمانی دیالکتیک با ارائه تکنیک‌هایی نظیر ذهن آگاهی و پذیرش هیجانات، به نوجوانان کمک می‌کند تا به‌جای واکنش‌های تکانشی، روش‌های بهتری بـــرای مدیریت هیجان‌های خود بیابنـــد (۱۴). پژوهش‌ها نشـــان داده‌اند که نوجوانانی که در محیط‌های پرتنش خانوادگی یا اجتماعی قرار دارند، بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر هستند و رفتار درمانی دیالکتیک بـــا بهبود روابط بین فردی می‌تواند این خطر را کاهش دهد (۷، ۱۰). همچنین، پژوهش مورلی و همکاران نشان داد که رفتارهای پرخطر در نوجوانان با ویژگی‌های شخصیتی تاریک (ماکیاولیسم، خودشـــیفتگی و روان‌پریشی) مرتبط است و رفتـــار درمانی دیالکتیک با اصلاح این ویژگی‌ها می‌تواند به کاهش رفتارهای پرخطر کمک کند (۱۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان یک مداخله‌ی مؤثر در محیط‌های غیربالینی، توانسته است باعث کاهش معنادار طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر در نوجوانان شود. بیشترین تأثیر این درمان بر حوزه‌ی خودگردانی/ عملکـــرد مختل و کمترین تأثیر بر حوزه‌ی محدودیت‌های مختل مشاهده شد که با یافته‌های پژوهش جاکوبوویچ و درابیک هم‌سو است (۱۸). همچنین، تأثیر بالای این درمان بر کاهش رفتارهای پرخطر (۸۸/۷ درصـــد تبیین واریانس) نشـــان‌دهنده‌ی اهمیت مهارت‌هـــای تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و تحمل پریشـــانی در پیشگیری از رفتارهای مخرب در نوجوانان است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همچون حجم نمونه کوچک، عدم اجرای پیگیری، اســـتفاده از ابزارهای خود گزارشی و عدم کنترل متغیرهـــای مداخله‌گر (همچون وضعیت اقتصـــادی، اجتماعی و سابقه درمان) مواجه بود. همچنین، مداخله گروهی و کوتاه‌مدت (۱۶ جلسه) ممکن است برای ایجاد تغییرات پایدار در حوزه‌های عمیق‌تر طرحواره، به‌ویژه محدودیت‌های مختل، ناکافی بوده باشد؛ بنابراین، تعمیم‌پذیری نتایج نیازمند احتیاط است و پژوهش‌های آینده با نمونه‌هـــای بزرگ‌تر، پیگیری طولانی‌مدت و ارزیابی‌های چندبعدی توصیه می‌شوند.

بـــر اســـاس یافته‌های ایـــن پژوهش، پیشـــنهاد می‌شـــود که از رویکرد رفتـــار درمانی دیالکتیک در برنامه‌هـــای مدارس، مراکز مشـــاوره و کلینیک‌های روان‌شناســـی به‌عنوان یـــک مداخله‌ی مؤثر برای کاهش مشـــکلات روانی و رفتاری نوجوانان اســـتفاده شـــود. همچنین، با توجه به میزان تأثیر متفـــاوت این درمان بر حوزه‌های مختلف طرحواره، پیشـــنهاد می‌شود که درمانگران در مواجهه با طرحواره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل (استحقاق/ بزرگ‌منشی و خویشتن‌داری ناکافی)، جلسات درمانی بیشتری را اختصاص دهند یا از تکنیک‌هـــای تکمیلی در کنار رفتار درمانی دیالکتیک استفاده کنند.

پژوهش‌های آینده بـــا دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت، نمونه‌های بزرگ‌تـــر و گروه‌های کنترل فعال می‌تواننـــد پایداری اثرات این درمان و نیز اثربخشی آن را در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی مورد بررسی قرار دهند. همچنین، بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر روی نمونه‌های بالینی با تشخیص‌های خاص (مانند اختلال شخصیت مرزی یا اختلال نافرمانی مقابله‌ای) می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی در این حوزه بیفزاید.

تشکر و قدردانی

مقالـــه فـــوق مســـتخرج از طرح تحقیقاتی اســـت که با شـــماره ۱۶۲۹۳۵۰۸۹ در تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۱ در دانشـــگاه آزاد اســـلامی واحد اراک به تصویب رســـیده اســـت. بدین‌وسیله از هر یک از ۳۰ نوجوان مؤسسه آموزش زبان که در فرایند انجام این پژوهش به ما کمک کردند، قدردانی می‌کنیم. همچنین، از مدیر و کادر آموزشی موسسه آموزش زبان به خاطر حمایت و همکاری‌هـــای علمی برای انجـــام این پژوهش صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

بدین وسیله نویســـندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Jadidi mohammadabadi A, Ahmadi Deh Qutbaddini M, Rashidipoor F. The relationship between psychological cohesion and distress tolerance with a tendency to high-risk behaviors in high school students. Journal of Educational R esearch (JER). 2024; 15(49): 164-82. (Persian) URL: http://erj.khu.ac.ir/article-1-1325-fa.html
2. Yari L, Zeini Hassanvand, N & Yousefvand, M. Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and metacognitive therapy on attachment styles and dimensions of identity transformation in adolescents. Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology. 2023; 10(2): 64-72. DOI: 10.32592/ajnpp.2023.10.2.104
3. Swales MA. How Is DBT Dialectical? Philosophical Perspective. The Routledge International Handbook of Dialectical Thinking. 2024. 321.
4. Pozuelo JR, Desborough, L. Stein, A & Cipriani, A. Systematic review and meta-analysis: Depressive symptoms and risky behaviors among adolescents in low-and middle-income countries. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022; 61(2): 255-76. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.05.005
5. Ivey-Stephenson AZ. Suicidal ideation and behaviors among high school students-youth risk behavior survey, United States, 2019. MMWR Supplements, 2020: 69(1): 47-55. DOI: 10.15585/mmwr.su6901a6
6. Muris P, Merckelbach H, Otgaar H, Meijer E. The malevolent side of human nature. Perspect Psychol Sc. 12(2); 2017:183–204. DOI: 10.1177/1745691616666070
7. Doroszczyk M, Talarowska M. Young's early maladaptive schemas versus psychopathic traits in a non-clinical population. Postep Psychiatr Neurol. 2023; 32(2): 83-91. DOI: 10.5114/ppn.2023.128737
8. Torabi S F. The effectiveness of dialectical behavior therapy on early maladaptive schemas, dark triad personality traits, and high-risk behaviors in adolescents in Rafsanjan city, Clinical Psychology [thesis]. Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Arak Branch. 2024.
9. Zapolski T, Whitener, M. Khazvand, S. Crichlow, Q. Revilla, R. Salgado, E. F & Wu, W. Implementation of a Brief Dialectical Behavioral Therapy Skills Group in High Schools for At-Risk Youth: Protocol for a Mixed Methods Study. JMIR Res Protoc. 2022; 11(5): e32490. DOI: 10.2196/32490
10. Kann L. Youth risk behavior surveillance—United States, MMWR. Surveill Summ. 2018; 67(8): 1-114. DOI: 10.15585/mmwr.ss6708a1
11. Zapolski T, Aalsma MC, Salyers M, Watson D. 2272: Pilot study: Implementing Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-A) group skills training in a public and alternative high school setting. J Clin Transl Sci. 2018 May 10;1(Suppl 1):33. doi: 10.1017/cts.2017.124. PMCID: PMC6802684.
12. Dozois DJ, Martin, R. A & Faulkner, B. Early maladaptive schemas, styles of humor and aggression. Humor. 2021;26(1):97-116. DOI: 10.1515/humor-2013-0006
13. Godini A, Rasooli, M & Mohsenzadeh, F. Comparing the Effectiveness of Group Counseling based on Dialectical Behavior Therapy and Metacognitive Therapy on Reducing Aggression in Adolescent Boys with Divorced Parents. Journal of Counseling Research. 2021. 20(8): 75-105. DOI: 10.18502/qjcr.v20i80.8494
14. FehlingK,Weiner,E.Self-DirectedDBTSkills:A3-Month DBT Workbook to Regulate Intense Emotions and Create Lasting Change with Dialectical Behavior Therapy. United Kingdom: Zeitgeist. 2023.
15. Peymannia B, Hamid N, Mehrabizadehhonarmand M, Mahmoudalilu M. The Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy - Family and child Skills Training (DBT-FST) on Impulsivity and quality of life in girls with self-harm behaviors. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2018; 4(3):8-17. (Persian) URL: http://ijrn.ir/article-1-328-en.html
16. Saffarinia Majid NM, Damavandian Armaghan The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. Clinical Psychology Studies. 2013; 5(15):141-58. URL:https://jcps.atu.ac.ir/article_349.html?lang=en
17. Wilks CR, Valenstein-Mah, H. Tran, H. King, A. M. Lungu, A & Linehan, M. M. Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes Cognitive and Behavioral Practice 2017;24(3):288-95. DOI: 10.1016/j.cbpra.2016.06.004
18. Jakubovic RJ & Drabick, D. A. Dialectical behavior therapy-based interventions for externalizing problems among adolescents: A meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice. 2023; 30(3), 251–63. DOI: 10.1037/cps0000140
19. Morelli M, Urbini, F. Bianchi, D. Baiocco, R. Cattelino, E. Laghi, F & Chirumbolo, A. The relationship between dark triad personality traits and sexting behaviors among adolescents and young adults across 11 countries. Int J Environ Res Public Health. 2021. 18(5): 2526. DOI: 10.3390/ijerph18052526
20. Goldenberg, G & Hagmann, S. Therapy of activities of daily living in patients with apraxia. Neuropsychological Rehabilitation, 1998. 8(2), 123 141. DOI: 10.1080/713755559
21. Shafiei Z. The relationship between resilience and life expectancy with high-risk behaviors in single-parent students [MSc thesis]. Bushehr: Islamic Azad University, Bushehr Branch; 2012. (Persian)
22. Young JE, Klosko J S, Weishaar, M. E. Schema therapy. New York: Guilford; 2003.
23. Salavati, M, Yeke Y, Doost R. Schema Therapy (Special Guide for Clinical Psychologists). Danjeh. 2019.
24. Baranoff J, Oeil, Tian. Young Schema Questionnaire: Review of Psychometric and Measurement Issues. Australian Journal of Psychology. 2007; 59(2): 78-86. DOI:10.1080/00049530601148397
25. Ghasem A. Standardization of the short version of the Yang Schema Questionnaire: Allameh Tabatabayi University.

2006. (Persian)

26. Linehan MM, Dimeff, L. A. Reynolds, S. K. Comtois, K. A. Welch, S. S. Heagerty, P & Kivlahan, D. R. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend. 2002; 67(1):13-26. DOI:10.1016/s0376-8716(02)00011-x
27. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 2013, 310(20), 2191-4. DOI:10.1001/jama.2013.281053
28. Committee on Publication Ethics (COPE). COPE guidelines: Ethical guidelines for peer reviewers. 2017. DOI:10.24318/cope.2019.1.9
29. Nyamathi A, Shin S S. Smeltzer J, Salem B, Yadav K, Krogh D, Ekstrand M. Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Reduction of Recidivism among Recently Incarcerated Homeless Women: A Pilot Study. Int J Offender Ther Comp Criminol. (2018); 62 (15): 4796–813. DOI: 10.1177/0306624X18785516