

February-March 2021, Volume 15, Issue 6

The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on difficulties in emotion regulation in non-suicidal self-injurious people

Moradzadeh Khorasani L¹, Mirzaian B^{2*}, Hassanzadeh R³

1- PhD Student of Psychology, Islamic Azad University Sari Branch Faculty of Humanity Science Department of General Psychology, Iran

2- Associate Professor, Department of General Psychology Islamic Azad University Sari Branch Faculty of Humanity Science Department of General Psychology, Iran. **(Corresponding author)**

E-mail: Bahrammirzaian@gmail.com

3- Professor, Department of General Psychology Islamic Azad University Sari Branch Faculty of Humanity Science Department of General Psychology, Iran.

Received: 3 May 2020

Accepted: 19 July 2020

Abstract

Introduction: Research evidence suggests that emotion regulation is impaired in individuals with non-suicidal self-injurious. the aim of this study was to investigate the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotion regulation in non-suicidal self-injurious people.

Methods: For this purpose, in the framework of the experimental single-experimental plan of multiple lines with gradual entry of 5 counselors of Alborz province using diagnostic tools of structured clinical interview (SCID-II: Structured Clinical Interview For Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and Millon personality questionnaire (MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory) were selected based on the available sampling method and individually under 20 sessions underwent short-term, long-term scan psychotherapy and in six stages (before treatment, after The follow-up sessions of 4, 8, 12, 16, 20 and 2 months were evaluated by Difficulties In Emotion Regulation Scale (DERS) and Individual Savings Accounts (ISAS). In order to analyze the data, the indicators of trend change, slope, review of charts were used and to determine the clinical significance, Cohen index, recovery percentage and effect size were used

Results: Data were analyzed using the indices for trend changes, slope and the visual inspection of the charts. The Cohen's d, recovery percent index and effect size were used to determine the clinical significance. The results of the data analysis showed that intensive short-term dynamic psychotherapy is effective in enhancing the emotion regulation and reducing self-injurious behaviors of people with non-suicidal self-injurious.

Conclusions: According to the results of this study, it can be said that intensive short-term dynamic psychotherapy is a good option to increase emotion regulation and reduce self-injurious behaviors in individuals with non-suicidal self-injurious behaviors.

Keywords: Intensive short-term dynamic psychotherapy, Emotion regulation, Non-suicidal self-injurious behaviors.

اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو بر مشکلات تنظیم هیجان و رفتارهای خود آسیب رسان در افراد بدون قصد خودکشی

لاله مرادزاده خراسانی^۱، بهرام میرزاییان^{۲*}، رمضان حسن زاده^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Bahrammirzaian@gmail.com

۳- استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۴

چکیده

مقدمه: شواهد پژوهشی حاکی از آن است که نقص در تنظیم هیجان در رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی نقش دارد و افراد دارای رفتارهای خود آسیب رسان به قصد غیرخودکشی از خودزنی به عنوان راهبردی برای خلاصی از هیجان های منفی استفاده می کنند. مطالعه حاضر با هدف تبیین اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو بر مشکلات تنظیم هیجان در افراد خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی بود.

روش کار: بدین منظور در چهارچوب طرح تجربی تک-آزمودنی خطوط چندگانه با ورود پلکانی ۵ نفر از مراکز مشاوره استان البرز با استفاده از ابزارهای تشخیصی مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-II: Structured Clinical Interview) و پرسشنامه شخصیت میلون (MCMI-III) (For Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) بر اساس روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت انفرادی طی ۲۰ جلسه تحت مداخله روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده قرار گرفتند و در شش مرحله (قبل از درمان، بعد از جلسه های ۴، ۸، ۱۲، ۱۶ و ۲۰ و ۲ ماه پیگیری به وسیله پرسشنامه های مشکلات تنظیم هیجان (Difficulties In Emotion Regulation Scale: DERS) و سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان (Individual Savings Accounts: ISAS) ارزیابی شدند. به منظور تحلیل داده ها از شاخص های تغییر روند، شیب، بازبینی نمودارها و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص کوهن، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که روان درمانی کوتاه مدت فشرده بر افزایش تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای خودآسیب رسان افراد دارای رفتارهای خود آسیب رسان به قصد غیرخودکشی مؤثر است. همچنین نوروزی و همکاران در بررسی رابطه بین سبک های دفاعی و ظهور مقاومت و انتقال در روان درمانی فشرده و کوتاه مدت، نتایج پژوهش بیانگر آن بود که روان درمانی کوتاه مدت می تواند روند مقاومت و انتقال را در افراد تحت تاثیر قرار دهد. کرامر، و همکاران در بررسی پردازش هیجانی غم و اندوه در روان درمانی پویایی کوتاه مدت و تأثیر آن بر اختلالات سازگاری، نتایج شان نشان داد که روان درمانی کوتاه مدت در کاهش غم و اندوه مؤثر بوده و در ادامه جلسات سازگاری بیماران را بهبود بخشید.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می توان گفت روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده گزینه مناسبی برای افزایش تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای خود آسیب رسان در افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی می باشد.

کلیدواژه ها: روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، تنظیم هیجان، رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی.

مقدمه

طبق آخرین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱)، خودآسیب رسانی به قصد غیرخودکشی (NSSI: Non-suicidal self-injury)، به عنوان «خودآسیب رسانی عمدی اعمال شده بر روی سطح بدن فرد است که سبب ایجاد خونریزی، کبودی یا درد (مانند برش، سوزش، ضربه زدن، ضربه زدن، مالش بیش از حد) می شود، با این انتظار که چنین آسیبی تنها منجر به آسیب فیزیکی جزئی یا متوسط خواهد شد (یعنی اقدام به خودکشی وجود ندارد)». همچنین از نظر انجمن بین المللی مطالعه خودآسیب رسانی (۲) خودآسیب رسانی به قصد غیرخودکشی (NSSI) رفتاری است آگاهانه که فرد خودش به بافت های بدنش آسیب می زند مانند بریدن و سوزاندن بدن اما این رفتار با نیت خودکشی انجام نمی شود و به لحاظ اجتماعی و فرهنگی هم قابل قبول نیست و با هدف اجرای احکام و رسوم اجتماعی انجام نمی شود.

این رفتار به یک نگرانی عمده ی بهداشت عمومی تبدیل شده است. در یک متاآنالیز شیوع NSSI در بین نمونه های غیربالینی نشان داد که ۱۷٫۲ درصد نوجوانان، ۱۳٫۴ درصد از نوجوانان و ۵٫۵ درصد از بزرگسالان اقدام به NSSI می کنند. این میزان در میان نمونه ای بالینی نوجوانان (۴۵٪ -۳۰٪) و بزرگسالان (۲۱٪) بیشتر است (۳).

در ایران در مطالعه ی رفتارهای خودآسیب رسانی با استفاده از پرسشنامه خودآسیبی عمدی گراتز (۴) شیوع این رفتار در ۳۵۰ نفر از دختران نوجوان پایه های دوم و سوم دبیرستان شهر تهران ۱۲٪ گزارش شده است (۵). براساس نتایج این مطالعه ۳۸ نفر (۱۲٪) حداقل یک بار و ۱۶ نفر (۴٪) بیش از یک بار از شیوه بریدن بخش های بدن برای آسیب به خود استفاده کرده بودند و ۵۸ نفر (۱۷٪) حداقل یک بار و ۳۶ نفر (۱۱٪) بیش از یک بار از فروکردن سوزن در پوست برای آسیب به خود استفاده کرده بودند. در این مطالعه فروکردن سوزن در پوست با هدف تاتوکردن، سوراخ کردن گوش یا بینی نیز به عنوان خودآسیبی عمدی در نظر گرفته شده بود. برای سایر رفتارهایی خودآسیبی در این مطالعه براساس فراوانی عبارت بود از: حکاکی عکس و نوشته روی پوست، جلوگیری از بهبود زخم ها، برسرکوبیدن، شستن دست با تمیزکننده تا حد آسیب دیدن پوست، کندن مو، سوزاندن بدن، کبود کردن جایی از بدن (نیشگون گرفتن)، ناخن جویدن و چکاندن اسید روی پوست.

به غیر از شیوع NSSI، این رفتار همچنین منجر به عواقب منفی مختلفی از جمله آسیب های روانی (۶)، احساسات

منفی نسبت به خود (مثلاً شرم و نفرت از خود) و حتی اقدام به خودکشی (۷) می شود. بنابراین درک و شناخت عوامل خطر NSSI و مکانیزم های روانی زیربنایی آن و همچنین پیشگیری و درمان آن یکی از ضروریات متخصصین سلامت روان است.

یکی از متغیرهای دیگر اثرگذار بر رفتارهای خودآسیب رسانی، تنظیم هیجان است. بی نظمی هیجانی به عنوان یک عامل مهم برای NSSI شناخته شده است. همچنین، بسیاری از مدل ها NSSI را به عنوان یک استراتژی تنظیم هیجان شناخته اند، که برای تنظیم هیجان های منفی مورد استفاده قرار می گیرد (۸). اختلالات و علائم فیزیولوژیکی گوناگونی وجود دارد که با بی نظمی هیجان ارتباط دارند؛ بعضی از این موارد شامل درد، استعمال دخانیات، گسیختن، اختلالات خوردن، اعتیاد و خودزنی می شود. همچنین شماری از پژوهش ها نشان داده اند که دشواری در تنظیم هیجان با طیف وسیعی از اختلالات از جمله خودآسیب رسانی در ارتباط است (۹). افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فرا گرفته اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشد (۱۰).

مدل بی نظمی هیجانی از خودآسیب رسانی پیشنهاد می کند که خودزنی راهبردی برای کاهش عواطف منفی حاد یا برانگیختگی هیجانی است (۱۱). فرضیه مدل تنظیم هیجانی این است که رفتار آسیب به خود، راهی برای بیان، جان بخشی و یا اداره حالت های هیجانی منفی است و علت تداوم این رفتار، تأثیر آن در کاهش هیجان های منفی یا ایجاد حالت های مثبت و یا راهایی از حالت های بی حسی و کرختی هیجانی است (۱۲). خودآسیب رسانی چه به شکل مستقیم مثل خودزنی و چه غیرمستقیم مانند رفتارهای خطرجویی با هیجان ها، شیوه کنار آمدن با هیجان ها و پیامدهای هیجانی مرتبط است؛ برای مثال در اغلب موارد انگیزه خودآسیب رسانی غلبه بر هیجان های منفی مانند خشم و عصبانیت است (۱۲) و نقص در مهارت های تنظیم هیجانی یکی از عوامل خطر اصلی در خودآسیب رسانی بدون خودکشی است (۱۳).

مهم ترین مکانیسم های فیزیولوژیکی که در حمایت از مدل تنظیم هیجانی خودآسیب رسانی وجود دارد، اولاً مربوط به پژوهش هایی است که نشان داده اند خودآسیب رسانی موجب آزادسازی اندورفین ها می شود (۱۴). ثانیاً یافته دیگری که از این مدل حمایت می کند این است که مراکز تنظیم هیجان ها و تنظیم و تخفیف درد در مغز

نزدیک به هم قرار دارند و در ارتباط با یکدیگر هستند؛ بنابراین چون خودآسیب رسانی باعث ایجاد درد جسمی می شود، به همین دلیل مداوای درد جسمانی موجب تنظیم هیجان های منفی و رهایی از فشار هیجان های منفی می شود (۱۵).

با توجه به آنچه ذکر شد، اتخاذ رویکرد درمانی مناسب جهت پیشگیری از این مشکلات از اهمیت زیادی برخوردار است. از طرفی پژوهش ها حاکی از این است که درمان های روانشناختی کمی به طور خاص برای خودآسیب رسانی وجود دارد (۱۶) همچنین یک مطالعه مروری اخیر نشان داد که هیچ درمان به خوبی اثبات شده ای برای خودآسیب رسانی وجود ندارد (۱۷). بررسی ادبیات پژوهشی راجع به درمان های اثربخش برای خودآسیب رسانی به قصد غیرخودکشی، نشان می دهد که بیشتر از رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۸، ۱۹)، درمان شناختی رفتاری (۲۰)، رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش (۲۱) و درمان مبتنی بر ذهنی سازی (۲۲) استفاده شده است. درمان های شناختی رفتاری بیشتر بر مسائل هشیارانه بیمار تأکید می کنند و جلسات درمانی بیشتر جنبه آموزشی دارد، در عین حال بازگشت و عود مجدد علائم بیماری یکی از نواقص عمده این شکل از درمان هاست. از طرف دیگر درمان مبتنی بر ذهنی سازی که نوعی درمان روانپوشی است یک درمان بلندمدت (حداقل ۱۸ ماهه) می باشد (۲۳) که خود این مسأله باعث ریزش بیماران یا افزایش هزینه های درمانی می شود. در عین حال در همه این درمان های ذکر شده (به جز رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش) نه فقط رفتارهای خودآسیب رسان که بیشتر پیشگیری از خودکشی مطرح بوده و معیارهای انتخاب بیماران عمومیت بسیاری دارد. با توجه به آنچه ذکر شد و به طور کلی کمبود رویکردهای اثربخش برای رفتارهای خودآسیب رسان استفاده از درمان های اثربخش و کوتاه مدت بیش از پیش احساس می شود. یکی از رویکردهای روان درمانی مبتنی بر شواهد تجربی و کوتاه مدت، روان درمانی پوشی کوتاه مدت فشرده دوانلو است. این روش توسط حبیب دوانلو در دانشگاه مک گیل کانادا در دهه ۸۰ میلادی ابداع شد. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می شود تا مراجع در کوتاه ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد. تأکید روان درمانی پوشی کوتاه مدت فشرده بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه های اختلال و دفاع

های گوناگون شده است (۲۴).

بنیان نظری ISTDP به این شکل است که ترومای دلبستگی در کودکی منجر به درد روانی و در پی آن خشم نسبت به منبع دلبستگی می شود. احساس گناه ناهشیار، در واکنش به خشم (که به سوی چهره ی اصلی دلبستگی که در عین حال به او عشق نیز وجود دارد)، ایجاد می شود. و این نیز با شدت آسیب و خشم تناسب دارد. این گناه ناهشیار یک سیستم بسیار آسیب زاست که در حکم موتور پوشی برای نیاز فرد به ویران کردن خود و تنبیه خود عمل می کند؛ یعنی به شکل خودآزاری در خوی فرد بروز و ظهور پیدا می کند. از آنجاییکه این خشم بسا دارای کیفیت مرگبار باشد، در نتیجه احساس ناهشیار سوگوارانه در واکنش به از دست رفتن (کشتن) چهره نخستین والدینی وجود خواهد داشت. فقدان ها و از دست دادن های واقعی اولیه نیز منجر به تشدید هر چه بیشتر احساس ناهشیار سوگوارانه می شوند (۲۵).

احساس گناه ناهشیار نقش مرکزی را در شکل گیری درک دوانلو از نیروهای پوشی روان آسیب زا ایفا می کند. او از اصطلاحاتی مانند "مقاومت بزرگ" و "مقاومت احساس گناه" به جای یکدیگر و به صورت مترادف استفاده کرده است. (۲۵).

پژوهش های متعددی اثربخشی روان درمانی پوشی فشرده کوتاه مدت را بر اختلالات جسمانی سازی (۲۶، ۲۷)، اختلالات حرکتی کارکردی (۲۸)، دردهای مزمن (۲۹)، سندرم درد لگن (۳۰) کمر درد (۳۱) و سردردهای مزمن (۲۴)، افسردگی (۳۲-۳۴) و اضطراب (۳۵، ۳۶)، اختلالات شخصیت (۳۷)، و روانپریشی (۳۸) و در حوزه زوجین بر روی کاهش تعارضات زناشویی (۳۹)، بر رضایت مندی زوج ها (۴۰) و بر سازگاری زوجین (۴۱) گزارش کرده اند. لذا با توجه به اثربخشی این روش درمانی بر طیف وسیعی از مشکلات، حال این پرسش مطرح می شود که آیا روان درمانی پوشی کوتاه مدت فشرده دوانلو بر تنظیم هیجان بیماران دارای رفتارهای خودآسیب رسانی اثربخش است.

روش کار

پژوهش حاضر در چهارچوب طرح های تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی است. طرح های تک آزمودنی، طرح های پژوهشی شبه آزمایشی هستند که معمولاً در شرایطی استفاده می شوند که پیدا کردن تعداد زیادی آزمودنی و تقسیم آنها به گروه های آزمایشی و گواه امکان پذیر نیست. همچنین به دلیل

آن‌ها اقدام کنند. پس از این مرحله، آزمودنی‌ها در جلسه‌های روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده به تعداد ۲۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای با فاصله ۱ هفته (۵ ماه) شرکت کردند. (حداقل جلسات روان‌درمانی ۴۵ دقیقه است و در مدل‌های روان‌کاوی بیش از یک ساعت است و فعالیت خاصی جز گفتگو انجام نمی‌شود). علاوه بر سنجش خط پایه، در جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم، شانزدهم و جلسه آخر (جلسه بیستم) نیز آزمودنی‌ها مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. در نهایت برای اطمینان از ماندگاری اثرات روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، پس از دو ماه، در حالی که آزمودنی‌ها هیچ گونه درمانی را دریافت نکرده بودند، بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهش توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به این صورت بود که پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت نامه کتبی دریافت شد، پیش از شروع کار شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع و از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت شد. در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم جهت پیگیری به داوطلبین ارائه شد و مشارکت در تحقیق موجب هیچ گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نشد.

جلسات مداخله در تمام آزمودنی‌ها توسط پژوهشگر (دکترای روانشناسی) و با استفاده از پروتکل یکسانی انجام گرفت. درمانگر دوره‌های آموزشی در زمینه اصول درمان‌های روانشناختی را گذرانده و به شیوه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو مسلط است. محتوای جلسات، روش‌ها و تکنیک‌ها مبتنی بر پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو بود. (کرج کلینیک روتشناسی آگاهش با مجوز از سازمان نظام روانشناسی). در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از بازبینی دیداری نمودارها (فراز و فرود متغیر وابسته) و شاخص درصد بهبودی، درصد کاهش نمره‌ها، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر بالینی بر اساس فرمول‌های زیر استفاده شد:

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ Phase\ Mean] \times 100$$

$$Cohen's\ d = M1 - M2 / \sigma\ pooled$$

$$Where\ \sigma\ pooled = \sqrt{[(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2]}$$

در این فرمول‌ها MPI درصد بهبود، MPR درصد کاهش نمره‌ها و Cohen's d میزان تغییرپذیری را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به ترتیب تغییرات روند، شیب و میزان

داشتن مهارگری نسبی روی شرایط آزمایش و سنجش خط پایه به عنوان نقاط مثبت طرح‌های تجربی تک آزمودنی، در این پژوهش از این طرح استفاده شد. در این پژوهش از خط پایه ABA استفاده شد. در مرحله خط پایه متغیرهای وابسته پژوهش اندازه‌گیری شد (مرحله A)، سپس مرحله مداخله (مرحله B) اجرا و حین مداخله، اندازه‌گیری متغیرهای وابسته پژوهش صورت گرفت و نهایتاً ارزیابی به منظور پیگیری (مرحله A) به عمل آمد. جامعه آماری این پژوهش را، افراد بالای ۱۸ سال تشکیل می‌دهند که در سال ۱۳۹۸ با تشخیص‌های بالینی مختلف بعلاوه رفتارهای خودآسیب‌رسان به قصد غیرخودکشی بین ماه‌های اریبهشت تا تیر به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی شهر کرج رجوع کرده‌اند. نمونه پژوهش به صورت در دسترس از بین جامعه آماری انتخاب گردید. بدین منظور از بین افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، بر اساس ملاک‌های پذیرش ۵ نفر (۳ زن و ۲ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های پذیرش شرکت‌کنندگان در این مطالعه عبارت بودند از: (۱) افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان، (۲) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، (۳) حداقل دارای مدرک دیپلم، (۴) بر اساس مصاحبه بالینی و آزمون شخصیتی میلون مبتلا به اختلال شخصیت شدید نباشند، (۵) عدم مصرف داروهای روان‌گردان، (۶) موافقت و رضایت کتبی فرد جهت شرکت در این آزمون. روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره استان البرز شهر کرج صورت گرفت. از بین افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، در آزمون میلون (III-MCMI) نمره BR بالاتر از ۸۴ (اختلالات شدید شخصیت) نداشتند، و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-5 برای اختلالات محور II، ۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند (در پژوهش‌های روانشناسی و حتی پزشکی نمونه‌گیری در ابتدای پژوهش انجام می‌شود و پس از نمونه‌گیری فرایند مداخله صورت می‌گیرد که ممکن است نمونه ریزش داشته باشد یا نداشته باشد در این پژوهش ۵ نفر بودند و ریزش نداشتیم). پس از ارائه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه‌ی مورد نظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفتند. پس از کسب رضایت نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، قبل از شروع فرایند روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده برای سنجش خط پایه پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل

می کند. این بخش ۱۳ عملکرد رفتارهای خودآسیب رسان را که هم در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تأیید قرار گرفته اند را ارزیابی می کند (۴۷). این ۱۳ عملکرد زیر دو عامل کلی طبقه بندی شده اند: کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضدگسستگی، ضدخودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم های بین فردی، تأثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی) گزینه ها به صورت لیکرت سه گزینه ای 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 مقیاس ها از ۰ تا ۶ نمره گذاری می شوند. همچنین میانگین نمره مقیاس های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس ها بر تعداد آنها به دست می آید. بخش کارکردی سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (۴۸). این بخش سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ کارکرد درون فردی ۰/۸۹ و کارکرد بین فردی ۰/۷۵) نشان می دهد. این سیاهه در مطالعات داخلی تا کنون استفاده نشده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کارکرد درون فردی ۰/۸۰ و کارکرد بین فردی ۰/۷۴ به دست آمد. مقیاس مشکلات تنظیم هیجان (DERS): این مقیاس توسط کیم گراتز اولین بار در سال ۲۰۰۴ با هدف ارزیابی مشکلات تنظیم عاطفی طراحی و معرفی گردید. یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامعتری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است که پاسخ هر آزمودنی در دامنه ای از ۱ تا ۵ قرار می گیرد. خرده مقیاس ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ های هیجانی (عدم پذیرش)، دشواری های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، دشواری های کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، و فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت) نتایج همسانی درونی کل مقیاس (۰/۹۳) $\alpha =$ حاکمی از پایایی مناسب این مقیاس است. همچنین نتایج پایایی آزمون - بازآزمون برای نمرات کلی این مقیاس (۰/۸۸، ۰/۰۱ $P <$) نیز مناسب گزارش شده است (۴۹). نتایج همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس برای کل مقیاس ($\alpha = ۰/۸۶$)، $M = ۹۱/۳۱$ و $SD = ۱۷/۷۸$ و همچنین برای خرده مقیاس ها ۰/۷۵ برای عدم پذیرش، ۰/۷۴ برای اهداف، ۰/۷۶ برای تکانه، ۰/۶۳ برای آگاهی، ۰/۷۴ برای راهبردها و ۰/۸۵ برای شفافیت در یک

تغییرپذیری را نشان می دهند. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور (II SCID-II): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که فراست و همکاران (۴۲) برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II براساس DSM-۵ و همچنین اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر تدوین کرده اند. در رابطه با پایایی این آزمون مطالعاتی انجام شده است که همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده اند. ضریب کاپا برای بیماران از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (با کاپای کلی ۰/۵۳) متغیر بود و برای بیماران غیرروانپزشکی، توافق بین ارزیابان به طور قابل ملاحظه ای کمتر و کاپای کلی ۰/۳۸ گزارش شد. شریفی و همکاران (۴۳) پایایی قابل قبول تشخیص های داده شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای آن را مطلوب گزارش کرده اند. پرسشنامه چندمحوری میلون (MCMI-III): این پرسشنامه توسط تئودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت، و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون در مطالعات مختلف تأیید گردیده است (۴۴). رحمانی و همکاران (۴۵) اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس ها در دامنه ی ۰/۸۷ (وابستگی به الککل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد. سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان (ISAS): این سیاهه یک ابزار خودگزارشی است که فراوانی و عملکرد رفتارهای آسیب رسان به قصد غیرخودکشی (NSSI) را ارزیابی می کند. این سیاهه دو بخش دارد: بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خودآسیب رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه قصد خودکشی انجام می-شوند شامل: کوبیدن/زدن، گاز گرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بریدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فروکردن سوزن در بدن و خوردن مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگی های توصیفی رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی گرا مانند: تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خودآسیب رسانی را ارزیابی می کند. پایایی به روش بازآزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته ای $I = ۰/۸۵$ به دست آمده است. همچنین همسانی درونی بین سؤال های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (۴۶). بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی گرا را ارزیابی

گیری متغیرهای وابسته پژوهش صورت گرفت و نهایتاً ارزیابی به منظور پیگیری (مرحله A) به عمل آمد. کد اخلاق و ملاحظات اخلاقی کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.SARI.REC.1398.108)

یافته ها

در (جدول ۱) نمرات خط پایه هر یک از آزمودنی ها و میانگین نمرات آن ها در طی مداخله و همچنین شاخص های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه مشکلات تنظیم هیجان ارائه شده است.

جمعیت ایرانی گزارش شده است (۴۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۰/۸۱ به دست آمد. پژوهش حاضر در چهارچوب طرح های تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی است. طرح های تک آزمودنی، طرح های پژوهشی هستند که در آنها تغییر در متغیر وابسته در یک آزمودنی سنجیده می شود. در این طرح ها متغیر وابسته در طی مرحله خط پایه و یک یا چند مرحله درمان، یعنی زمانی که متغیر مستقل ارائه می شود، چندین بار اندازه گیری می شود. در این پژوهش از خط پایه ABA استفاده شد. در مرحله خط پایه متغیرهای وابسته پژوهش اندازه گیری شد (مرحله A)، سپس مرحله مداخله (مرحله B) اجرا و حین مداخله، اندازه

جدول ۱. شاخص های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنیها در مقیاس مشکلات در تنظیم هیجان

آزمودنی	متغیر	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی مداخله (MPI)	درصد کاهش نمرات مداخله (MPR)	d کوهن	اندازه اثر (r^2)	پیگیری	انحراف استاندارد پیگیری	درصد بهبودی (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	d کوهن	اندازه اثر (r^2)
۱	عدم پذیرش	۲۴	۱۱/۸	۴/۲۶	۵۰	۱۰۳/۳۸	۳/۹۴	۰/۸۹	۱۱/۱۶	۴/۱۱	۵۳/۵	۱۱۵	۴/۲۹	۰/۹۰
	هدفمند	۳۱	۱۹	۱/۸۹	۹/۵۲	۱۰/۵۲	۱/۳۲	۰/۵۵	۱۸/۱۶	۱/۹۴	۱۳/۵۲	۱۵/۶۳	۱/۸۴	۰/۶۷
	تکانه	۲۳	۱۳	۶	۴۳/۴۷	۷۶/۹۲	۲/۳۲	۰/۷۵	۱۲	۵/۸۹	۴۷/۸۲	۹۵/۶۵	۲/۶۰	۰/۷۹
	آگاهی	۲۶	۱۲/۶	۳/۲۸	۵۱/۵۳	۱۰۶	۵/۵۲	۰/۹۴	۱۱/۸۳	۳/۴۸	۵۴/۵	۱۲۰	۵/۵۳	۰/۹۴
	راهبرد	۳۳	۱۶/۴	۷/۰۹	۵۰/۳۰	۱۰۱	۳/۲۷	۰/۸۵	۱۵/۳۳	۶/۸۶	۵۳/۵۴	۱۱۵	۳/۶۰	۰/۸۷
	شفافیت	۲۱	۱۰	۳/۷۴	۵۲/۳۸	۱۱۰	۴/۰۱	۰/۸۹	۹/۶۶	۳/۴۴	۵۴	۱۱۷	۴/۴۷	۰/۹۱
۲	کل	۱۴۸	۷۸/۱۶	۲۵/۱۰	۴۷/۱۸	۸۹/۳۵	۳/۹۳	۰/۸۹	۷۸/۱۶	۲۵/۱۰	۴۷/۱۸	۸۹/۳۵	۳/۹۳	۰/۸۹
	عدم پذیرش	۲۵	۱۲/۴۰	۴/۸۲	۵۰/۴	۱۰۲	۳/۶۱	۰/۸۷	۱۱/۶۶	۴/۶۷	۵۳/۳۶	۱۱۴	۳/۹۵	۰/۸۹
	هدفمند	۱۹	۱۳/۸۰	۴/۱۴	۲۷/۳۶	۳۷/۶۸	۱/۷۲	۰/۶۵	۱۳/۳۳	۳/۸۸	۲۹/۸۴	۴۲/۵۳	۲/۰۰	۰/۷۰
	تکانه	۲۷	۱۹/۶۰	۷/۳۰	۲۷/۴۰	۳۷/۷۵	۱/۴۲	۰/۵۷	۱۸/۱۶	۷/۴۱	۳۲/۷۴	۴۸/۶۸	۱/۶۷	۰/۶۴
	آگاهی	۲۰	۱۱	۳/۳۹	۴۵	۸۱/۸۱	۳/۶۰	۰/۸۷	۱۰/۱۶	۳/۳۱	۴۹/۲۰	۹۶/۸۵	۴/۰۲	۰/۸۹
	راهبرد	۳۲	۱۵/۴	۶/۶۹	۵۱/۸۷	۱۰۷	۳/۴۷	۰/۸۶	۱۴/۶۶	۶/۲۵	۵۴/۱۸	۱۱۸	۳/۸۷	۰/۸۸
۳	شفافیت	۲۰	۹/۴۰	۳/۶۴	۵۳	۱۱۲	۳/۹۷	۰/۸۹	۸/۸۳	۳/۵۴	۵۵/۸۵	۱۲۶	۴/۲۹	۰/۹۰
	کل	۱۴۳	۸۱/۴۰	۲۹/۱۹	۴۳/۰۷	۷۵/۶۷	۲/۹۸	۰/۸۳	۷۶/۸۳	۲۸/۴۰	۴۶/۳۷	۸۶/۱۲	۳/۲۹	۰/۸۵
	عدم پذیرش	۳۳	۱۱/۲	۲/۹۴	۵۱/۳۰	۱۰۵	۵/۳۷	۰/۹۳	۱۰/۵۰	۳/۱۴	۵۴/۳۴	۱۱۹	۵/۳۶	۰/۹۳
	هدفمند	۱۵	۱۰/۸۰	۲/۶۸	۲۸	۳۸/۸۸	۲/۰۷	۰/۷۲	۱۰/۱۶	۲/۸۵	۳۰/۲۶	۴۷/۶۳	۲/۲۶	۰/۷۴
	تکانه	۳۲	۱۸	۳/۰۳	۱۸/۱۸	۲۲/۲۲	۱/۷۷	۰/۶۶	۱۷/۳۳	۳/۶۶	۲۱/۲۲	۲۷	۱/۷۴	۰/۶۵
	آگاهی	۲۲	۱۱	۴	۵۰	۱۰۰	۳/۷۷	۰/۸۸	۱۰/۵۰	۳/۷۸	۵۲/۲۷	۱۰۹	۴/۱۵	۰/۹۰
۳	راهبرد	۲۴	۱۴/۸	۵/۲۱	۳۸/۳۳	۶۲/۱۶	۲/۴۵	۰/۷۷	۱۳/۸۳	۵/۲۳	۴۲/۳۷	۷۳/۵۳	۲/۷۰	۰/۸۰
	شفافیت	۱۹	۹/۴	۳/۵۷	۵۰/۵۲	۱۰۲	۳/۶۶	۰/۸۷	۹	۳/۳۴	۵۲/۶۳	۱۱۱	۴/۱۷	۰/۹۰
	کل	۱۲۵	۷۵/۴	۲۰/۶۹	۳۹/۶۸	۶۵/۷۸	۳/۳۸	۰/۸۶	۷۱/۵۰	۲۰/۸۳	۴۲/۸	۷۴/۸۲	۳/۶۲	۰/۸۷

۰/۸۸	۳/۸۵	۳۳/۳۳	۲۵	۱/۵۴	۱۵	۰/۸۸	۳/۸۳	۳۰	۲۳	۱/۳۴	۱۵/۴۰	۲۰	عدم پذیرش	۴
۰/۳۱	۰/۶۶	۵/۰۲	۴/۷۸	۱/۰۳	۱۳/۳۳	۰/۲۰	۰/۴۲	۲/۹۴	۲/۸۵	۰/۸۹	۱۳/۶	۱۴	هدفمند	
۰/۴۸	۱/۱۲	۸/۰۴	۷/۴۴	۱/۳۶	۱۶/۶۶	۰/۲۴	۰/۴۹	۲/۲۷	۲۲/۲	۰/۵۴	۱۷/۶	۱۸	تکانه	
۰/۹۳	۵/۱۱	۱۱۳	۵۳/۱۹	۲/۹۲	۹/۸۳	۰/۹۲	۴/۹۱	۱۰۱	۵۲/۸۷	۲/۸۸	۱۰/۴۰	۲۱	آگاهی	
۰/۷۱	۲/۰۱	۱۶/۵۵	۱۴/۲۰	۱/۷۲	۱۷/۱۶	۰/۶۶	۱/۷۷	۱۴/۹۴	۱۳	۱/۸۱	۱۷/۴۰	۲۰	راهبرد	
۰/۹۰	۴/۳۳	۱۲۳	۵۲/۷۷	۳/۰۱	۸/۵۰	۰/۸۸	۳/۸۰	۱۰۴	۵۱/۱۱	۳/۲۷	۸/۸	۱۸	شفافیت	
۰/۸۷	۳/۶۶	۳۰/۲۳	۲۳/۲۱	۹/۵۳	۸۲/۱۶	۰/۸۵	۳/۲۴	۲۹/۵۳	۲۲/۸۰	۱۰/۵۹	۸۲/۶	۱۰۷	کل	
۰/۸۷	۳/۵۷	۱۰۲/۵۵	۵۰/۶۲	۵/۳۱	۱۳/۳۳	۰/۸۶	۳/۳۸	۸۷/۵	۴۶/۶۶	۵/۱۷	۱۴/۴	۲۷	عدم پذیرش	۵
۰/۷۸	۲/۴۹	۵۳/۷۳	۳۴/۹۵	۴/۰۳	۱۳/۶۶	۰/۷۴	۲/۲۴	۴۵/۸۳	۳۱/۴۲	۴/۰۳	۱۴/۴۰	۲۱	هدفمند	
۰/۷۱	۲/۰۷	۴۸/۵۷	۳۲/۶۹	۵/۷۱	۱۷/۵۰	۰/۶۸	۱/۸۸	۳۸/۲۹	۲۷/۶۹	۵/۳۱	۱۸/۸۰	۲۶	تکانه	
۰/۸۰	۲/۶۷	۶۸/۳۷	۴۰/۶۰	۴/۸۴	۱۳/۶۶	۰/۷۷	۲/۴۳	۵۷/۵۳	۳۶/۵۲	۴/۷۷	۱۴/۶۰	۲۳	آگاهی	
۰/۸۸	۳/۸۵	۱۲۲	۵۴/۹۱	۶/۷۷	۱۵/۳۳	۰/۸۶	۳/۴۶	۱۰۹	۵۲/۳۵	۷/۱۹	۱۶/۲	۳۴	راهبرد	
۰/۸۵	۳/۲۹	۱۱۶	۵۳/۱۸	۴/۹۹	۱۰/۱۶	۰/۸۳	۲/۹۹	۱۰۰	۵۰	۵/۰۹	۱۱	۲۲	شفافیت	
۰/۸۵	۳/۲۳	۸۵	۴۶/۰۲	۳۱/۱۴	۸۳/۶۶	۰/۸۳	۲/۹۸	۷۳/۳۷	۴۲/۳۲	۳۱/۰۸	۸۹/۴۰	۱۵۵	کل	

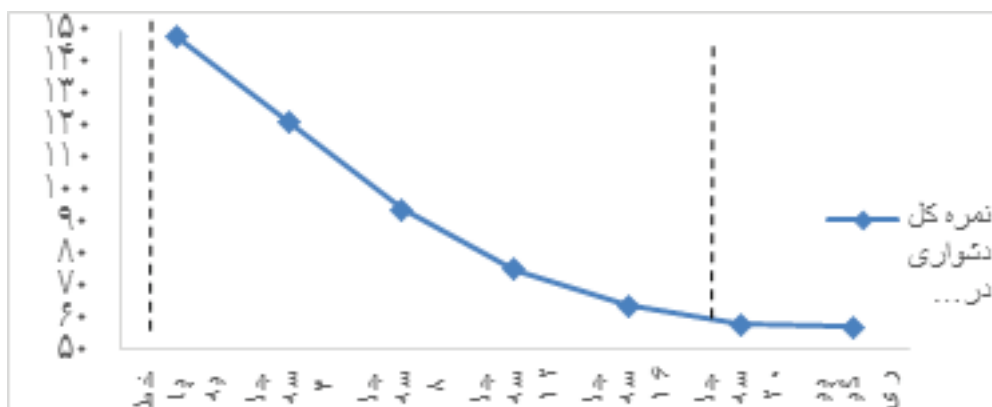
زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، عدم وضوح هیجانی.

مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی ($I^1=0/94$) در دوره مداخله و $I^2=0/94$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی اول است، بالاترین میزان اثربخشی برای مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ($I^1=0/86$) در دوره مداخله و $I^2=0/88$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی دوم است، بالاترین میزان اثربخشی برای مؤلفه عدم وضوح هیجانی ($I^1=0/89$) در دوره مداخله و $I^2=0/91$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی اول است و بالاترین میزان اثربخشی برای نمره کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان ($I^1=0/89$) در دوره مداخله و $I^2=0/89$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی اول است. پایین‌ترین میزان اثربخشی در مؤلفه عدم پذیرش پاسخ هیجانی ($I^1=0/86$) در دوره مداخله و $I^2=0/87$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی پنجم است، پایین‌ترین میزان اثربخشی برای مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند ($I^1=0/20$) در دوره مداخله و $I^2=0/31$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی چهارم است، پایین‌ترین میزان اثربخشی برای مؤلفه دشواری در کنترل تکانه ($I^1=0/24$) در دوره مداخله و $I^2=0/48$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی چهارم است، پایین‌ترین میزان اثربخشی برای مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی ($I^1=0/77$) در دوره مداخله و $I^2=0/80$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی پنجم است، پایین‌ترین میزان اثربخشی برای مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای

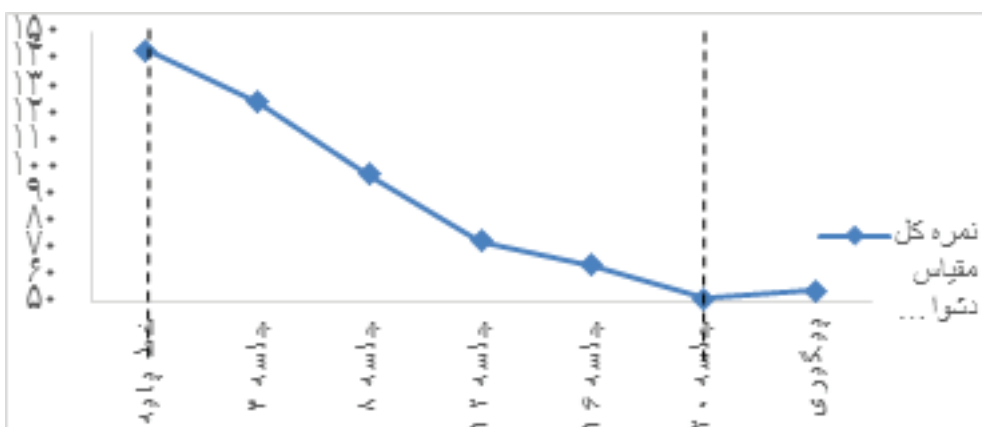
در (جدول ۲) نمره‌های خط پایه هر یک از آزمودنی‌ها و میانگین نمره‌های آن‌ها طی مداخله و همچنین شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمره‌های بیماران در مقیاس دشواری در تنظیم هیجان ارائه شده است. همانطور که در (جدول ۱) مشاهده می‌شود اندازه اثرهای به دست آمده بیانگر میزان اثربخشی نسبتاً بالای روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در تنظیم هیجان افراد مبتلا به رفتارهای آسیب‌رسان به قصد غیرخودکشی است. از مرحله پیش از درمان تا پیگیری، در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و عدم وضوح هیجانی برای آزمودنی‌ها، درصد بهبودی و کاهش نمره‌های قابل توجهی روی داده است. بالاترین میزان اثربخشی در مؤلفه عدم پذیرش پاسخ هیجانی ($I^1=0/93$) در دوره مداخله و $I^2=0/93$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی سوم است، بالاترین میزان اثربخشی برای مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند ($I^1=0/74$) در دوره مداخله و $I^2=0/78$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی پنجم است، بالاترین میزان اثربخشی برای مؤلفه دشواری در کنترل تکانه ($I^1=0/75$) در دوره مداخله و $I^2=0/79$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی اول است، بالاترین میزان اثربخشی برای

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان ($I^1=0/83$) در دوره مداخله و ($I^2=0/85$) در دوره پیگیری) برای آزمودنی پنجم است. در ادامه جهت تحلیل دقیق تر داده‌های به دست آمده از نمودار تحلیل دیداری برای هر یک از آزمودنی ها در مقیاس دشواری در تنظیم هیجان صورت گرفت.

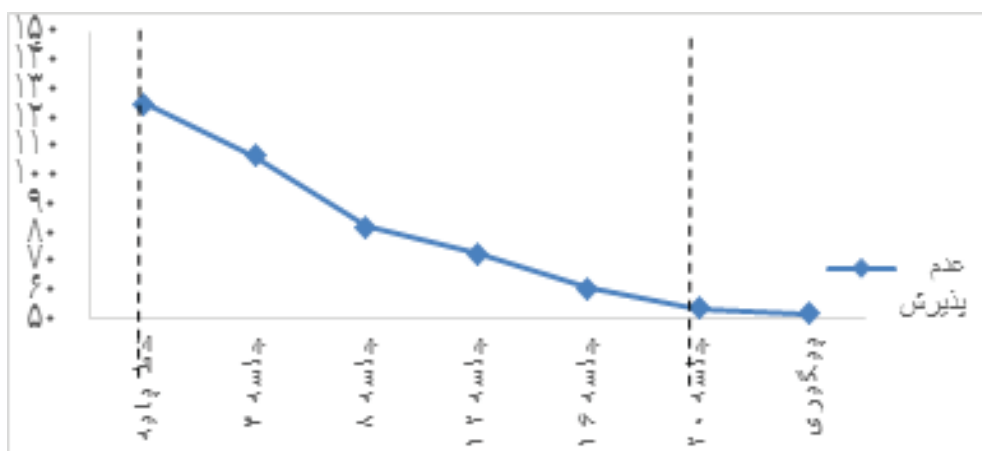
تنظیم هیجان ($I^1=0/66$) در دوره مداخله و ($I^2=0/71$) در دوره پیگیری) برای آزمودنی چهارم است، پایین ترین میزان اثربخشی برای مؤلفه عدم وضوح هیجانی ($I^1=0/83$) در دوره مداخله و ($I^2=0/85$) در دوره پیگیری) برای آزمودنی پنجم است و پایین ترین میزان اثربخشی برای نمره کل



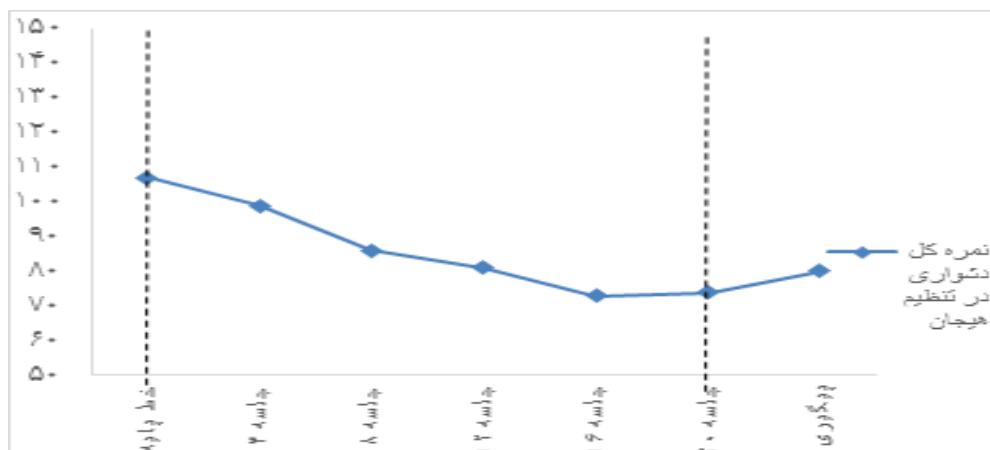
نمودار ۱. تغییرات آزمودنی اول در نمره کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان



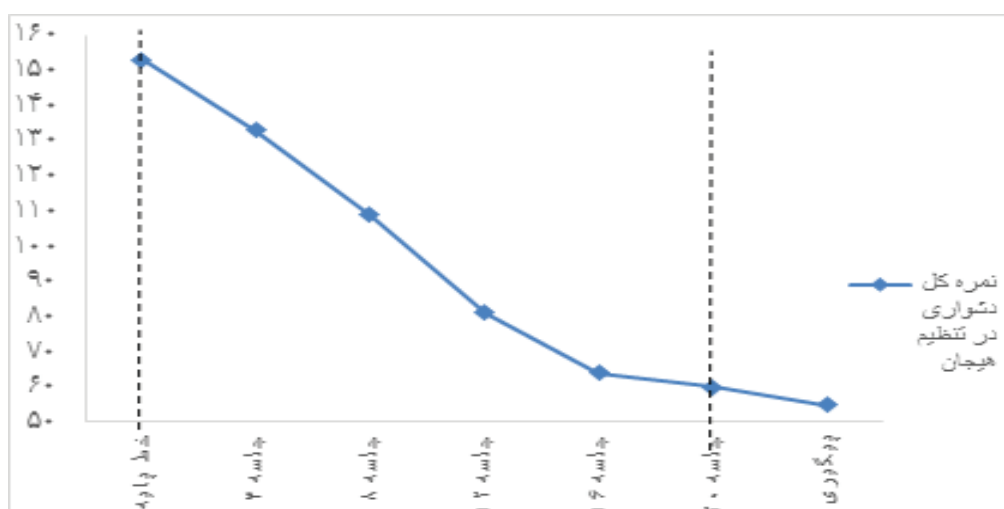
نمودار ۲. تغییرات آزمودنی دوم در نمره کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان



نمودار ۳. تغییرات آزمودنی سوم در نمره کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان



نمودار ۴. تغییرات آزمودنی چهارم در نمره کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان



نمودار ۵. تغییرات نمره آزمودنی سوم در زیرمقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان

نمرات آزمودنی دوم می‌توان گفت که درمان ارائه شده در نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و در زیرمقیاس‌های عدم پذیرش هیجان، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و عدم وضوح هیجانی اثربخش بوده است.

بر اساس (نمودار ۳)، طراز نمرات آزمودنی سوم در دوره پس از درمان نسبت به خط پایه در حدود ۷۱ واحد و در دوره پیگیری ۷۳ واحد افت داشته است. روند نمرات نیز تا جلسه هشتم با شیب تندی کاهشی است و سپس با شیب ملایم تری تا دوره پیگیری ادامه دارد. در مجموع می‌توان گفت درمان برای آزمودنی سوم در نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و زیرمقیاس‌های عدم پذیرش هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دشواری در راهبرد تنظیم هیجان و عدم وضوح هیجانی اثربخش بوده است.

با توجه به (نمودار ۱) طراز نمره کل آزمودنی اول در ۴ جلسه پس از درمان ۲۷ واحد افت داشته که این افت تا جلسه آخر ادامه داشته و در مرحله پس از درمان تا پیگیری تنها ۱ واحد افت در طراز نشان داده شده است. در مجموع با توجه به نمرات (جدول ۱) و تحلیل دیداری نمرات آزمودنی اول می‌توان گفت که درمان ارائه شده در نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و همچنین تمامی زیرمقیاس‌ها به جز دشواری در انجام رفتار هدفمند اثربخش بوده است.

با توجه به نمودار ۲ طراز نمره کل آزمودنی دوم در ۴ جلسه پس از درمان ۱۹ واحد افت داشته که این افت تا جلسه آخر ادامه دارد طوری که در جلسه بیستم نسبت به خط پایه ۹۲ واحد افت نشان می‌دهد و در مرحله پس از درمان تا پیگیری ۳ واحد افزایش نشان می‌دهد که ناچیز است. در مجموع با توجه به نمرات (جدول ۲) و تحلیل دیداری

بر اساس (نمودار ۵)، طراز نمرات آزمودنی چهارم در دوره پس از درمان ۳۳ واحد و در دوره پیگیری ۲۷ واحد افت نسبت به خط پایه نشان می دهند که چشمگیر نیست. روند نمرات نیز با شیب ملایمی کاهشی است اما از جلسه شانزدهم به بعد تا دوره پیگیری روند افزایشی به خود می گیرد و پیش بینی نمره آزمودنی در نمره کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مشکل است. در مجموع با توجه به نتایج جدول و تحلیل دیداری نمرات آزمودنی چهارم می توان گفت که درمان در زیرمقیاس های فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی برای این آزمودنی اثربخش بوده و در سایر مقیاس ها بهبودی معناداری حاصل نشده است.

مطابق با (نمودار ۵)، طراز نمرات آزمودنی پنجم در هر

ارزیابی افت قابل ملاحظه ای دارد. از جلسه ۱۶ به بعد افت در طراز کمتر شده است. در مجموع در دوره پس از درمان و پیگیری میزان ۹۳ و ۹۸ واحد افت نسبت به خط پایه مشاهده می شود. روند نمرات نیز تا جلسه شانزدهم با شیب زیادی کاهشی است و سپس این روند کاهشی تا دوره پس از درمان و پیگیری با شیب ملایمی ادامه دارد. در (جدول ۲) نمرات خط پایه هر یک از آزمودنی ها و میانگین نمرات آن ها در طی مداخله و همچنین شاخص های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب رسان ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های تغییرات روند، شیب، و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی اول در سیاهه خودآسیب رسانی

آزمودنی	متغیر	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی مداخله (MPI)	کاهش نمرات مداخله	d کوهن اثر (r ¹)	پیگیری استاندارد پیگیری	درصد بهبودی (MPI)	درصد کاهش نمرات (MP)	d کوهن اثر (r ²)	درصد	
(MPR)													
۱	درونفردی	۵/۲	۲/۶۸	۱/۳۰	۴۸/۴۶	۹۴/۰۲	۲/۱۷	۰/۷۳	۲/۴۰	۵۳/۸۴	۱/۳۵	۲/۳۵	۰/۷۶
	بین فردی	۵/۵	۳/۰۸	۱/۴۱	۴۴	۷۸/۵۷	۱/۹۷	۰/۷۰	۲/۸۱	۴۸/۹۰	۱/۴۱	۲/۲۰	۰/۷۴
۲	درونفردی	۴/۸	۲/۳۲	۱/۴۹	۵۱/۶۶	۱۰۷	۱/۹۵	۰/۶۹	۲/۱۳	۵۵/۶۲	۱/۴۱	۲/۱۸	۰/۷۳
	بین فردی	۵	۲/۹۶	۱/۳۷	۴۰/۸۰	۶۸/۹۱	۱/۷۰	۰/۶۴	۲/۶۸	۴۶/۴۰	۱/۴۰	۱/۹۰	۰/۶۹
۳	درونفردی	۵	۲/۱۲	۱/۱۹	۵۷/۶۰	۱۳۵	۲/۶۲	۰/۷۹	۲/۱۳	۵۵/۶۲	۱/۴۱	۲/۳۴	۰/۷۶
	بین فردی	۵/۲	۲/۷۲	۱/۴۳	۴۷/۶۹	۹۱/۱۷	۲/۰۰	۰/۷۰	۱/۹۳	۶۱/۴	۱/۱۶	۳/۰۱	۰/۸۳
۴	درونفردی	۴	۳/۱۴	۰/۷۳	۲۱/۵۰	۲۷/۳۸	۰/۹۸	۰/۴۴	۲/۹۵	۲۶/۲۵	۰/۸۰	۱/۱۵	۰/۵۰
	بین فردی	۵/۳	۴/۳۲	۰/۵۳	۱۸/۴۹	۲۲/۶۸	۱/۲۲	۰/۵۲	۴/۱۸	۲۱/۱۳	۰/۵۸	۱/۳۷	۰/۵۶
۵	درونفردی	۴/۸	۲/۵۲	۱/۰۲	۴۷/۵۰	۹۰/۴۷	۲/۲۵	۰/۷۴	۲/۲۶	۵۲/۹۱	۱/۱۰	۲/۴۱	۰/۷۷
	بین فردی	۵/۵	۳/۰۶	۱/۴۶	۴۴/۳۶	۷۹/۷۳	۱/۹۴	۰/۶۹	۲/۵۰	۵۴/۵۴	۱/۳۸	۲/۴۸	۰/۷۷

علامت منفی نشان دهنده افزایش در شاخص مورد نظر است.

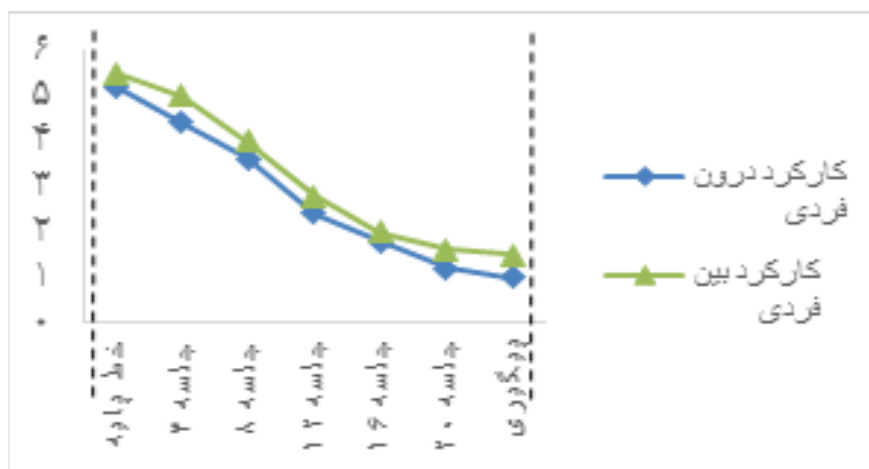
در (جدول ۲) نمره های خط پایه هر یک از آزمودنی ها و میانگین نمره های آن ها طی مداخله و همچنین شاخص های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمره های بیماران در سیاهه خود آسیب رسانی ارائه شده است. همانطور که در (جدول ۵) مشاهده می شود اندازه اثرهای به دست آمده بیانگر میزان اثربخشی نسبتاً بالای روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده در کاهش خودآسیب رسانی افراد مبتلا به رفتارهای آسیب رسان به قصد غیرخودکشی است. از مرحله پیش از درمان تا پیگیری، در مؤلفه های کارکرد درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب رسانی برای

هر پنج آزمودنی، درصد بهبودی و کاهش نمره های قابل توجهی روی داده است. بالاترین میزان اثربخشی در مؤلفه کارکرد درون فردی $I^1=0/79$ در دوره مداخله برای آزمودنی سوم و $I^2=0/77$ در دوره پیگیری برای آزمودنی پنجم است و بالاترین میزان اثربخشی برای مؤلفه کارکرد بین فردی $I^1=0/70$ در دوره مداخله برای آزمودنی اول و سوم و $I^2=0/83$ در دوره پیگیری برای آزمودنی سوم است. پایین ترین میزان اثربخشی هم در مؤلفه کارکرد درون فردی $I^1=0/44$ در دوره مداخله و $I^2=0/50$ در دوره پیگیری و هم در مؤلفه کارکرد بین فردی $I^1=0/52$ در دوره مداخله

لاله مرادزاده خراسانی و همکاران

نمودار تحلیل دیداری برای هر یک از آزمودنی ها در سیاهه خودآسیب رسانی صورت گرفت.

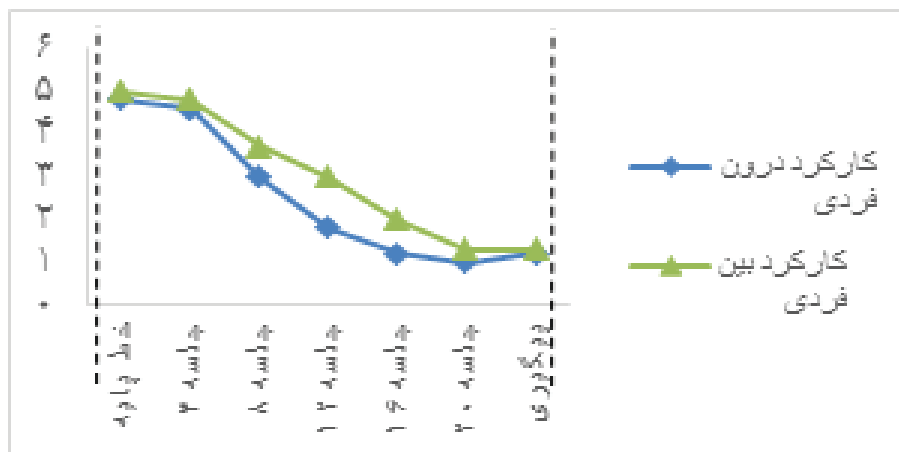
و $t^2=0/56$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی چهارم است. در ادامه جهت تحلیل دقیق تر داده های به دست آمده از



نمودار ۶. تغییرات آزمودنی اول در سیاهه رفتار خودآسیب رسان

این روند کاهشی با شیب کمتری تا دوره پیگیری ادامه دارد. تغییرپذیری نقاط داده ای نیز اندک است که نشان دهنده ثبات نسبی نمرات است و می توان روند نمرات را پیش بینی کرد. در مجموع براساس نتایج جدول و تحلیل دیداری آزمودنی اول می توان گفت که درمان برای این آزمودنی در مقیاس خودآسیب رسانی اثربخش بوده است.

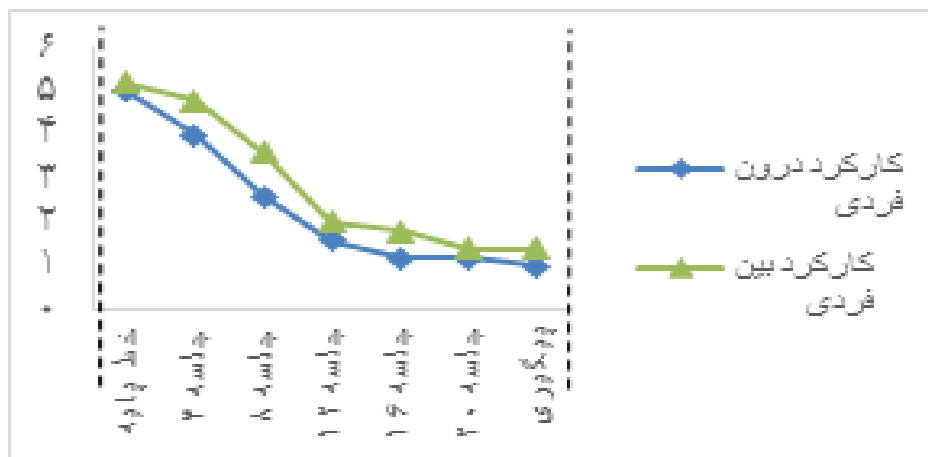
بر اساس نمودار فوق طراز نمرات آزمودنی در هر دو زیرمقیاس کارکرد درون فردی و بین فردی طی جلسات درمان با افت چشمگیری همراه است به طوری که در جلسه آخر به ترتیب ۴ واحد و ۳/۹ واحد نسبت به خط پایه افت داشته است. روند نمرات در هر دو مقیاس هم کاهشی است. در ابتدا این کاهش با شیب تندتری همراه است و



نمودار ۷. تغییرات آزمودنی دوم در سیاهه رفتار خودآسیب رسان

فردی پس از اتمام درمان و تا دوره پیگیری کمی افزایش نشان می دهد که شاید پیش بینی نمره را دشوار سازد. تغییرپذیری نقاط داده ای اندک است که حاکی از الگوی ثبات نسبی است. در مجموع براساس نتایج جدول و تحلیل دیداری آزمودنی دوم می توان گفت که درمان برای این آزمودنی در مقیاس خودآسیب رسانی اثربخش بوده است.

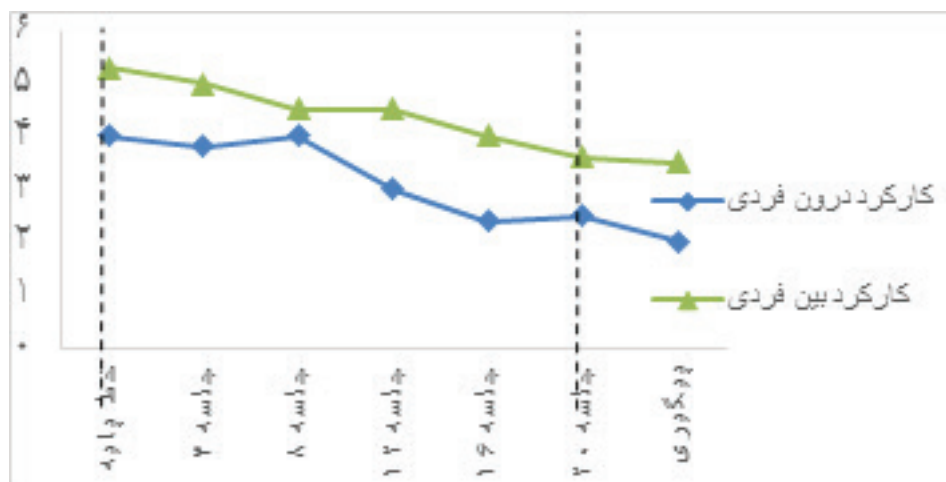
طراز نمرات آزمودنی در هر دو زیرمقیاس در ابتدا و تا جلسه چهارم افت چندانی ندارد اما از جلسه چهارم به بعد تا اتمام درمان و پیگیری افت قابل ملاحظه ای نشان می دهد که این میزان افت برای مقیاس کارکرد درون فردی بیشتر است. روند نمرات کاهشی است. در ابتدا و تا جلسه چهارم روند کاهشی اندک است اما سپس با شیب تندی تا جلسات انتهایی کاهش می یابد. تنها نمره کارکرد درون



نمودار ۸. تغییرات آزمودنی سوم در سیاهه رفتار خودآسیب رسان

کاهش‌ی زیرمقیاس بین فردی در ابتدا و تا جلسه چهارم اندک است ولی سپس با شیب زیادی تا جلسه دوازدهم ادامه می‌یابد و تا دوره انتهایی درمان روند کاهش‌ی ادامه دارد و سپس تا دوره پیگیری کاهش‌ی نشان نمی‌دهد. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز اندک است و می‌توان روند نمرات آزمودنی را پیش‌بینی کرد. در مجموع براساس نتایج جدول و تحلیل دیداری آزمودنی سوم می‌توان گفت که درمان برای این آزمودنی در مقیاس خودآسیب رسانی اثربخش بوده است.

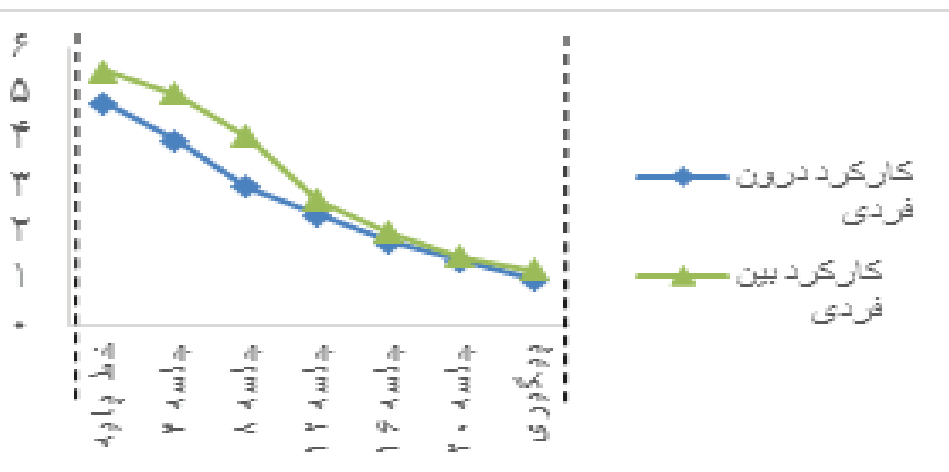
طراز نمرات آزمودنی در ابتدا در ارتباط با زیرمقیاس کارکرد درون فردی افت بیشتری نشان می‌دهد ولی در انتهای جلسات و دوره پیگیری افت طراز نمرات نزدیک به یکدیگر است. مقیاس کارکرد درون فردی و بین فردی به ترتیب ۴ و ۸/۳ در دوره پیگیری نسبت به خط پایه افت نشان می‌دهد. همچنین روند نمرات زیرمقیاس درون فردی در ابتدا با شیب بیشتری کاهش می‌یابد و سپس از جلسه دوازدهم به بعد با شیب ملایمتری تا دوره پیگیری ادامه دارد. روند



نمودار ۹. تغییرات آزمودنی چهارم در سیاهه رفتار خودآسیب رسان

برای زیرمقیاس کارکرد درون فردی و کارکرد بین فردی). در مجموع می‌توان گفت درمان برای آزمودنی چهارم در این مقیاس اثربخش نبوده است.

طراز نمرات آزمودنی در پایان درمان و دوره پیگیری نسبت به خط پایه در هر دو زیرمقیاس افت چشمگیری نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۲ و ۱/۸ واحد افت نسبت به خط پایه



نمودار ۱۰. تغییرات آزمودنی پنجم در سیاهه رفتار خودآسیب رسان

عباس و هاردی (۵۲) همسو است. لیلینگرن و همکاران (۵۰) در یک پژوهش فرآیندی بر روی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که روان درمانی پویایی کوتاه مدت دوانلو باعث بهبود تنظیم هیجان این بیماران می شود و اینکه تجربه هیجان در جلسه با نتایج درمانی ارتباط بالایی دارد بدین معنا که هر قدر تجربه احساسات در جلسه بالا باشد به همان اندازه نتایج درمانی بهتری به دست می آید. سالوادوری (۵۱) در پایان نامه دکترای خود با عنوان آیا تجربه هیجانی درمان بخش است؟ بررسی رابطه تجربه عاطفه، درجه بازداری و پریشانی در روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در یک طرح سری زمانی با ۶ شرکت کننده نشان داد که تجربه هیجانی در درون جلسه با نتایج درمانی مثبت ارتباط دارد. او به این نتیجه رسید که کیفیت تجربه هیجانی مهمتر از کمیت تجربه هیجانی است.

تاوان، لوماکس، عباس و هاردی (۵۲) در پژوهشی با عنوان نقش هیجان در تغییر درمانی علائمی که به لحاظ پزشکی توجیه ناپذیرند، در ادامه پژوهش های فرآیند برآیند فعال سازی هیجانی در جلسه درمان به عنوان مکانیزم تغییر، نشان دادند که فعال سازی هیجانی با استفاده از روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در جلسه درمان این بیماران باعث کاهش علائم شده و با نتایج درمانی مثبت رابطه دارد، همچنین نتایج پژوهش آن ها نشان داد که این روش درمان باعث کاهش هزینه های پزشکی و مراجعه به پزشک در این بیماران می شود.

در تبیین این فرضیه بایستی گفت که از نظر دوانلو (۵۳) تجربه واقعی احساسات شفابخش است. منظور از تجربه

بر اساس نمودار، طراز نمرات آزمودنی در دوره پس از درمان و پیگیری کاهش قابل ملاحظه ای نشان می دهد (۳/۸ و ۴/۳ واحد افت در دوره پیگیری نسبت به خط پایه). همچنین روند نمرات در ابتدا با شیب بیشتری کاهش می یابد و این میزان برای کارکرد درون فردی بیشتر و یکنواخت تر است. روند کاهش نمرات در هر دو زیرمقیاس تا دوره پیگیری ادامه دارد. تغییرپذیری نقاط داده ای اندک است و پیش بینی نمرات امکان پذیر است. در مجموع براساس نتایج جدول و نمودار فوق می توان گفت که درمان برای آزمودنی پنجم در مقیاس سیاهه خودآسیب رسانی اثربخش بوده است. در مجموع بر اساس تجزیه و تحلیل دیداری و درصد های بهبودی، کاهش نمرات و شاخص تغییرپذیری آزمودنی ها می توان گفت که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در زیرمقیاس های کارکرد درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب رسانی اثربخش بوده و این اثربخشی در ارتباط با کارکردهای درون فردی بیشتر بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر تنظیم افراد دارای خودآسیب رسانی بود. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر تنظیم هیجان افراد دارای خودآسیب رسانی مؤثر است. در خصوص تأثیر روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر مشکلات تنظیم هیجان نتایج نشان داد که این روش می تواند به افزایش تنظیم هیجان از مرحله خط پایه تا طی مداخله و پیگیری منجر شود. این یافته با نتایج تحقیق لیلینگرن و همکاران (۵۰)، سالوادوری (۵۱)، تاوان، لوماکس،

واقعی احساسات، یعنی تجربه آن‌ها با سه مؤلفه شناختی (شناسایی و نام گذاری احساسات)، فیزیولوژیکی (تجربه بدنی احساسات)، و رفتاری (میل به انجام کاری بر اثر تجربه احساس) است. در واقع اگر بیماری بتواند از احساسات خودش آگاه باشد، آن‌ها را تجربه کند و میل رفتاری ناشی از آن‌ها را نیز داشته باشد می‌تواند به نظم بخشی احساسات خودش بپردازد. اکثر بیماران در یکی از این مؤلفه‌های تجربه احساسات مشکل دارند. یا به شیوه‌ای ناکارآمد به تنظیم احساسات خود می‌پردازند.

مطابق با نظریه روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، گفته می‌شود که در انسان هماپندگی هیجان‌ها با اضطراب شرطی شده به دلیل ترومای دلبستگی می‌تواند منجر به کژتنظیمی هیجانی شود. همچنین، دفاع‌ها می‌توانند عواطف تنظیم نشده را ایجاد کرده و نگهداری کنند که روی هم رفته به آن "حالات عاطفی بدتنظیم شده" گفته می‌شود. بنابراین حالات عاطفی تنظیم نشده به دو شکل ایجاد می‌شوند: ۱) اضطراب: زمانی که اضطرابی مرتبط با یک هیجان معین، بیمار را فرا گرفته و او نسبت به احساس مخفی شده توسط این اضطراب هشیار نیست. بنابراین آنچه اینجا نیازمند تنظیم است، صرفاً خود احساس نیست، بلکه اضطراب نیز هست؛ ۲) دفاع: زمانی که اضطراب تنظیم نمی‌شود، بیمار در حال استفاده از دفاع‌هایی است که عواطف تنظیم نشده را ایجاد یا تکمیل می‌کنند. بنابراین تنظیم این احساسات نیازمند غیرفعال سازی دفاع‌ها و توقف احساسات دفاعی است (به عنوان مثال، تجربه غم در موارد آسیب دیدگی به جای احساس خشم، نوعی احساس دفاعی است که نیازمند تنظیم احساس غم و تجربه سالم خشم به عنوان احساس اصیل است (۵۴)). به منظور کاهش حالات عاطفی بدتنظیم شده، سه اصل بنیادین در ISTDP مد نظر قرار می‌گیرد: ۱) تنظیم در برابر ابراز؛ یعنی تنظیم اضطراب و غیرفعال سازی دفاع‌ها و سپس برانگیختن و ابراز احساسات واقعی زیرین؛ ۲) تمرکز روی تجربه هیجانی؛ یعنی تمرکز مداوم روی احساسات و پردازش آن‌ها و مکانیزم‌های کژتنظیمی هیجان‌طی جلسه؛ ۳) استفاده از راهبردهای تجربی؛ یعنی بیمار تشویق می‌شود که به جای اجتناب از احساسات خود از طریق استراتژی‌های شناختی و انحراف توجه، آن‌ها را تمام و کمال تجربه کند. این سه اصل بنیادین خود در چند مرحله طی درمان به اجرا درمی‌آیند: در فاز اول، احساسات از

طریق درخواست ارائه مثال‌های روشن از موقعیت‌ها برانگیخته می‌شوند. در فاز دوم، مکانیزم‌های تنظیم کننده هیجان تقویت می‌گردند؛ یعنی شناسایی موقعیت‌های پراضطراب، دانستن این که چه زمان احساسات با اضطراب دچار کژتنظیمی می‌شوند، تمایز بین علائم فعال شدن احساس از اضطراب و ارزیابی میزان اضطراب بیمار. در فاز سوم، مکانیزم‌های کژتنظیمی بیمار کاهش داده می‌شوند یا مسدود می‌گردند. یعنی احساس، اضطراب، دفاع و محرک تفکیک داده می‌شوند، دفاع‌ها مسدود می‌گردند و به بیمار در جهت تمیز دادن احساس اصیل از احساس دفاعی کمک می‌شود. در فاز چهارم، تجربه و ابراز کامل هیجان و جزئیات آن از جمله تجارب بدنی و تکانه‌های مرتبط با احساس هر چه کامل تر و عمیق تر تجربه می‌گردد. در نهایت بیمار ظرفیتی پیدا می‌کند که احساسات خود را بدون این که دچار کژتنظیمی شده باشند تجربه نماید (۵۵). یکی از این شیوه‌های ناکارآمد تنظیم هیجان خودآسیب رسانی است. وقتی بیمار بتواند احساسات خودش را با تمام مؤلفه‌های آن لمس و تجربه کند ظرفیت روانشناختی‌اش افزایش می‌یابد. در واقع در این روش درمانی ادعا بر این است که مکانیزم‌های دفاعی و اضطراب‌روشی برای اجتناب از احساسات به ویژه احساسات دردناک و ناخواسته هستند. وظیفه درمانگر شناسایی و خنثی سازی دفاع‌هایی است که مانع تجربه واقعی احساسات می‌شوند. طی این فرآیند بیمار نسبت به شیوه‌های اجتناب خودش از احساسات و پیامدهای این اجتناب بینش پیدا می‌کند، و با کمک و همراهی درمانگر قادر به کنار گذاشتن دفاع‌ها شده و احساساتی که سالیان طولانی حبس بودند، تجربه می‌شوند. این تجربه در یک بافت ارتباطی یک تجربه هیجانی اصلاح گر می‌باشد که ضمن ایجاد ظرفیت روانشناختی و بینش هیجانی و شناختی به خودنظم بخشی می‌انجامد.

نتیجه گیری

براساس نتایج این پژوهش istdp باعث بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی می‌شود و از این طریق باعث کاهش رفتارهای خودآسیب رسانی می‌شود.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از الگوهای درمانی دیگری استفاده شود تا امکان مقایسه اثربخشی رویکردهای مختلف در بهبود رفتارهای خودآسیب رسان و

غیرخودکشی و بدون اختلالات شخصیت شدید در شهر کرج به صورت در دسترس انتخاب شده بود، بنابراین، این نمونه معرف کل افراد مبتلا به رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی نیست. علاوه بر این، چون این افراد فقط از بین مبتلایان به رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی انتخاب شده بودند نمی توان نتایج این پژوهش را به سایر گروه های بالینی تعمیم داد. به همین دلیل پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی با دیدی جامع تر و کامل تر به بررسی اثربخشی روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده در نمونه های بیشتر و سایر گروه های بالینی پرداخت تا اطلاعات دقیق تری از تأثیر این شکل روان درمانی، به دست آید.

سیاسگزاری

بدین وسیله، از تمامی شرکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

References

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and adolescent psychiatry and mental health. 2012 Dec;6(1):10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
3. Martin G, Thomas H, Andrews T, Hasking P, Scott JG. Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. Psychological Medicine. 2015 Jan;45(2):429-37. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001615>
4. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2001 Dec 1;23(4):253-63. <https://doi.org/10.1037/t04163-000>
5. Paivastegar M. The prevalence of intentional self-harm behavior and its relationship with

تنظیم هیجان فراهم گردد. اینکه آیا اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان می تواند بر نتایج پژوهش اثر داشته باشد می تواند محور خطوط پژوهشی آینده باشد. همچنین پیشنهاد می گردد که متخصصان درگیر در درمان افراد مبتلا به رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی از این پروتکل نیز به عنوان یک درمان مؤثر استفاده کنند. همچنین مسئولان و دست اندرکاران می توانند روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده را در برنامه ریزی های بلندمدت خود به منظور کاهش فراوانی وقوع و کاهش کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان بزهکار، زندانیان و مجرمینی که رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی دارند را مد نظر قرار دهند و در راستای پیشگیری از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل اقدام کرده و در بسیاری از هزینه های انسانی و مادی تحمیل شده به مراجع و نهادهای ذینفع صرفه جویی کنند.

در کنار نتایج کاربردی پژوهش حاضر، این پژوهش همچون سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی نیز بوده است. از جمله این محدودیت ها می توان به تعداد کم حجم نمونه اشاره کرد که امکان تعمیم پذیری نتایج این پژوهش را محدود کرده است. همچنین نمونه مورد بررسی از بین افراد دچار رفتارهای خودآسیب رسان به قصد

- feelings of loneliness and attachment style in female students. Journal of Psychological Studies Al-Zahra University, 2013, 9(3):29-5. [Persian].
6. You J, Jiang Y, Zhang M, Du C, Lin MP, Leung F. Perceived parental control, self-criticism, and non-suicidal self-injury among adolescents: Testing the reciprocal relationships by a three-wave cross-lag model. Archives of suicide research. 2017 Jul 3;21(3):379-91. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1199989>
 7. You J, Lin MP. Predicting suicide attempts by time-varying frequency of non-suicidal self-injury among Chinese community adolescents. Journal of consulting and clinical psychology. 2015 Jun;83(3):524. <https://doi.org/10.1037/a0039055>
 8. Wolff JC, Thompson E, Thomas SA, Nesi J, Bettis AH, Ransford B, Scopelliti K, Frazier EA, Liu RT. Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. European Psychiatry. 2019 Jun;59:25-36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>
 9. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion

- regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004 Mar 1;26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
10. Auerbach RP, Abela JR, Ho MH. Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism, and engagement in risky behaviors. Behaviour Research and Therapy. 2007 Sep 1;45(9):2182-91. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.002>
11. Gratz KL, Bardeen JR, Levy R, Dixon-Gordon KL, Tull MT. Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Behaviour research and therapy. 2015 Feb 1;65:29-35. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.005>
12. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clinical psychology review. 2007 Mar 1;27(2):226-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
13. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004 Mar 1;26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
14. McKenzie KC, Gross JJ. Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. Psychopathology. 2014;47(4):207-19. <https://doi.org/10.1159/000358097>
15. Franklin JC, Lee KM, Hanna EK, Prinstein MJ. Feeling worse to feel better: pain-offset relief simultaneously stimulates positive affect and reduces negative affect. Psychological Science. 2013 Apr;24(4):521-9. <https://doi.org/10.1177/0956797612458805>
16. Garisch JA, Wilson MS, O'Connell A, Robinson K. Overview of assessment and treatment of non-suicidal self-injury among adolescents. New Zealand Journal of Psychology. 2017 Oct 1;46(3).
17. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2015 Jan 2;44(1):1-29. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.945211>
18. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2014 Oct 1;53(10):1082-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
19. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, Avina C, Hughes J, Harned M, Gallop R, Linehan MM. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2018 Aug 1;75(8):777-85. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
20. Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2008 Mar;192(3):202-11. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037564>
21. Bjureberg J, Sahlin H, Hedman-Lagerlöf E, Gratz KL, Tull MT, Jokinen J, Hellner C, Ljótsson B. Extending research on Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA) with nonsuicidal self-injury disorder: open pilot trial and mediation analysis of a novel online version. BMC psychiatry. 2018 Dec 1;18(1):326. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1885-6>
22. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2012 Dec 1;51(12):1304-13. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
23. Vogt KS, Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2019 Dec;92(4):441-64. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
24. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. The Journal of nervous and mental disease. 2008 Mar 1;196(3):211-6. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181662ff0>
25. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. Harvard review of psychiatry. 2012 Apr 19;20(2):97-108. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347>
26. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Psychotherapy and psychosomatics. 2009; 78 (5):265-74. <https://doi.org/10.1159/000228247>
27. Chavooshi B, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. A randomized double-blind controlled trial comparing Davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: a 6-month pilot study. Psychosomatics. 2016 May 1;57(3):292-300. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2016.01.001>
28. Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes,

- and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Medical Clinics*. 2006 Jul 1;90(4):603-26. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.04.003>
29. Chavooshi B, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. A randomized double-blind controlled trial comparing Davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: a 6-month pilot study. *Psychosomatics*. 2016 May 1;57(3):292-300. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.01.001>
 30. Jimenez XF. Parallel Pains and Dynamic Dilemmas: Psychodynamic Considerations in Approaching and Managing Chronic Physical Pain. *Psychodynamic psychiatry*. 2019 Jun;47(2):167-82. <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.2.167>
 31. Hawkins J. The role of emotional repression in chronic back pain: a study of chronic back pain patients undergoing group psychodynamic psychotherapy as treatment for their pain. New York (NY): New York University. 2003.
 32. Abbass AA. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depression and Anxiety*. 2006;23(7):449-52. <https://doi.org/10.1002/da.20203>
 33. Town JM, Salvadori A, Falkenström F, Bradley S, Hardy G. Is affect experiencing therapeutic in major depressive disorder? Examining associations between affect experiencing and changes to the alliance and outcome in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 2017 Jun;54(2):148. <https://doi.org/10.1037/pst0000108>
 34. Angeletti G, Pompili M, Innamorati M, Santucci C, Savoia V, Goldblatt M, Girardi P. Short-term psychodynamic psychotherapy in patients with "male depression" syndrome, hopelessness, and suicide risk: A pilot study. *Depression research and treatment*. 2013;2013. <https://doi.org/10.1155/2013/408983>
 35. Lillengren P, Johansson R, Town JM, Kisely S, Abbass A. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017 Nov;24(6):1313-21. <https://doi.org/10.1002/cpp.2101>
 36. Solbakken OA, Abbass A. Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of affective disorders*. 2015 Aug 1;181:67-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003>
 37. Abbass A. Modified short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder-preliminary report of a case series. *Canadian child psychiatry*. 2002;11(1):19-22.
 38. Abbass A, Bernier D, Kisely S, Town J, Johansson R. Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry research*. 2015 Aug 30;228(3):538-43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.056>
 39. Nowoweiski D, Abbass A, Town J, Keshen A, Kisely S. An observational study of the treatment and cost effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on a cohort of eating disorder patients. *Psychiatry*. 2020;3(1):1030.
 40. Abbass A, Town J, Ogrodniczuk J, Joffres M, Lillengren P. Intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy: Effectiveness and role of "unlocking the unconscious". *The Journal of nervous and mental disease*. 2017 Jun 1;205(6):453-7. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000684>
 41. Kramer U, Pascual-Leone A, Despland JN, de Roten Y. One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015 Feb;83(1):187. <https://doi.org/10.1037/a0037979>
 42. First MB. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders SCID-I: Clinician version, scoresheet. American Psychiatric Press; 1997.
 43. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and feasibility of implementing the Persian version of diagnostic structured interview for DSM-IV (SCID)]. *Advances in Cognitive Science*;2004, 1-2: 10-22.
 44. Chegini M, Delavar A, Garrafi B. Psychometric characteristics of Millon clinical multiaxial inventory-III.: 2013, 2135-162 [Persian]
 45. Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasuri M, Arasteh M. Personality, intellectual and emotional state of patients with borderline personality disorder. *Scientific Journal of Kurdistan University Medical Sciences*;2013, 18:1-12 [Persian]
 46. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2009 Sep 1;31(3):215-9. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
 47. De Silva S, Parker A, Purcell R, Callahan P, Liu P, Hetrick S. Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. *Crisis*. 2013. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000190>
 48. Mehlum L, Tørmøen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B.

- Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014 Oct 1;53(10):1082-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
49. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(2): 35-124.
 50. Lilliengren P, Johansson R, Town JM, Kisely S, Abbass A. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017 Nov;24(6):1313-21. <https://doi.org/10.1002/cpp.2101>
 51. Salvadori A. Is the experiencing of affect therapeutic? An investigation into the relationship between affect experiencing, degree of inhibition and distress in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (Doctoral dissertation, University of Sheffield).2010.
 52. Town JM, Lomax V, Abbass AA, Hardy G. The role of emotion in psychotherapeutic change for medically unexplained symptoms. *Psychotherapy Research*. 2019 Jan 2;29(1):86-98. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1300353>
 53. Mahdavi A, Mosavimoghadam SR, Madani Y, Aghaei M, Abedin M. Effect of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotional Expressiveness and Defense Mechanisms of Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*. 2019 Feb 28. <https://doi.org/10.32768/abc.20196135-41>
 54. Abbass AA, Town JM. Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 2013 Sep;50(3):433. <https://doi.org/10.1037/a0032166>
 55. Frederickson JJ, Messina I, Grecucci A. Dysregulated anxiety and dysregulating defenses: Toward an emotion regulation informed dynamic psychotherapy. *Frontiers in psychology*. 2018 Nov 5;9:2054. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02054>