

تأثیر مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودانتقادی و شفقت خود دختران نوجوان با سابقه خودزنی

The Effect of Dialectical Behavior Therapy Skills on Self-Criticism and Self-Compassion of Adolescent Girls with a History of Self-Injury

Maryam Amirinia, MSc

Mahdi Imani, PhD✉

Mohammadali Goodarzi, PhD

مریم امیری نیا^۱

مهدی ایمانی^۲

محمدعلی گودرزی^۱

Abstract

Due to the high rate of self-injury in adolescents in 2022 and its destructive effect, the present study was conducted to evaluate the effect of dialectical behavior therapy on self-criticism and self-compassion of adolescents with a history of self-injury behaviors. The design of the present study is a single-subject experiment with several baselines. The target population was girls who were referred to education centers in 2021. As sample, 3 female adolescents in Shiraz with a history of self-injury behaviors were selected by purposive sampling. Research tools included inventory of statements about self-injury (ISAS) of Klonsky and Glenn (2009), self-criticism questionnaires (FSCRS) of Gilbert et al (2004), Neff) Self-compassion questionnaires (SCS) (2003), and structured clinical interviews for personality disorders (SCID-5 PD) (2014). Each person was randomly assigned to the baseline stage over a period of two, three, or four weeks. Adolescents then received 16 sessions of treatment and also their parents received 5 sessions of therapy and after one month a follow-up was carried out. Dialectical behavior therapy was effective in reducing self-criticism and increasing self-compassion in all three clients after treatment, but the stability of the treatment effect remained only for the first and second clients whose parents involved in therapy regularly. It seems that the application of dialectical behavior therapy skills with the cooperation and support of parents can be associated with a decrease in self-criticism and increased self-compassion in female adolescents with a history of self-injury behaviors.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Self-Criticism, Self-Compassion, Self-Injury

چکیده

با توجه به آمار بالای خودزنی در سال ۱۴۰۰ در نوجوانان و اثر مخرب آن، پژوهش حاضر با هدف تأثیرسنجی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودانتقادی و شفقت خود نوجوانان با سابقه رفتارهای خودزنی انجام شد. پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع تک آزمودنی با چند خط پایه بود. جامعه هدف دختران مراجعه‌کننده به مراکز آموزش و پرورش شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بودند که به عنوان نمونه سه نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل سیاهه رفتارها و کارکردهای خودجرحی (ISAS) کلونسکی و گلن (۲۰۰۹)، مقیاس خودانتقادی (FSCRS) گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴)، مقیاس شفقت خود (SCS) نف (۲۰۰۳) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (SCID5PD) فرست (۲۰۱۴) بود. هر یک از افراد به‌صورت تصادفی در یکی از دوره‌های دو، سه و یا ۴ هفته‌ای در مرحله خط پایه قرار گرفتند. سپس ۱۶ جلسه درمان برای نوجوانان و ۵ جلسه درمان والدین اجرا شد و در نهایت یک پیگیری یک ماهه اجرا شد. رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود در هر سه مراجع بعد از درمان، مؤثر بود؛ اما پایداری اثر درمان فقط برای مراجع اول و دوم باقی ماند که والدین حضور منظم و فعال در جلسات درمان داشتند. به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در صورت همکاری و حمایت والدین می‌تواند با کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود نوجوانان دختر با سابقه رفتارهای خودزنی همراه باشد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، خودانتقادی، شفقت خود، خودزنی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۳/۹ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۹/۱۵

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

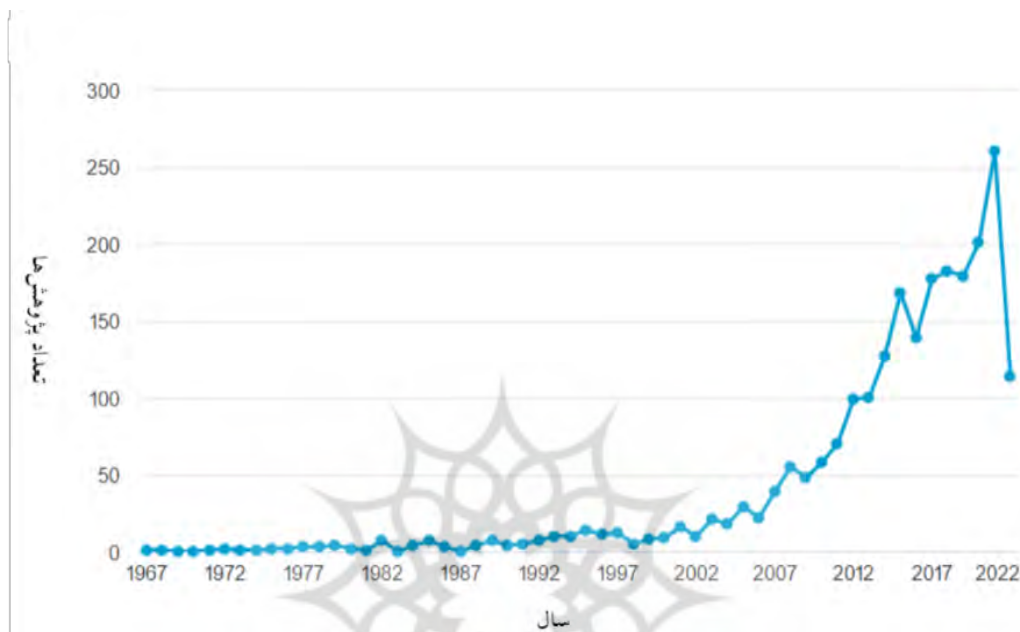
● مقدمه

دوره نوجوانی دوره‌ای است که فرد به صورت هم‌زمان رشد هیجانی، زیستی و اجتماعی زیادی را تجربه می‌کند و از نظر هیجانی به شدت آسیب‌پذیر است (فلدمن و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس الگوی زیستی-اجتماعی (bio-social theory) لینهان بدتنظیمی هیجانی که در نتیجه تعامل مسائل زیستی و محیط نامعتبرساز ایجاد می‌شود، می‌تواند زمینه را برای رفتارهایی مانند خودزنی فراهم نماید تا از این طریق فرد راهی هرچند ناسازگارانه را برای کاهش هیجانات منفی به کار ببرد (برادن و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع مهارت خودتنظیمی به نوجوان کمک می‌کند تا هیجان، رفتار و توجه خود را متناسب با اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت تنظیم کند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۴). نکته جالب توجه این است که وجود رابطه غیرمستقیم میان کودک‌آزاری به عنوان مصداق محیط نامعتبرساز با رفتارهای خودآسیب‌رسان از طریق بدتنظیمی هیجانی به اثبات رسیده است (موسوی‌هندری و همکاران، ۱۳۹۷). رفتار خودزنی یا خودجراحی بدون قصد خودکشی به رفتارهای آسیب به خود اشاره دارد که طی آن فرد قصد کشتن خود را ندارد و بر اساس آن فرد در طی یک سال، ۵ روز یا بیشتر رفتارهایی در قالب بریدن یا خراشیدن پوست بدن، سوزاندن بدن و یا گازگرفتن یا زدن خود را انجام داده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از طرفی در سال ۲۰۲۲ نرخ این رفتارها در نوجوانان با مشکل غیربالینی، ۴ درصد و در نوجوانان با مشکل بالینی، ۵۰ درصد گزارش شده است (مورنر لوانچی و همکاران، ۲۰۲۲). با وجود آنکه چنین رفتارهای خودزنی به قصد پاسخ به موقعیت مشکل‌ساز ابراز می‌شوند، اما مشکل اصلی را حل نمی‌کنند بلکه باعث می‌شوند که فرد خود را مستحق تنبیه بداند. در واقع فرد با خود وارد رابطه خصمانه‌ای می‌شود و شروع به انتقادهای تند از خود می‌کند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۹). همین خودانتقادی نیز می‌تواند منجر به تکرار رفتارهای خودزنی شود (دالی و ویلوفبی، ۲۰۱۹). در واقع، خودانتقادی شامل خودسرزنی ناملازم و حمله به خود همراه با خشم و بیزاری و حتی در بدترین حالت، تنفر مستقیم از خود می‌شود و عموماً هنگامی که افراد در وظایف مهم زندگی خود یا موقعیت‌های دشوار شکست می‌خورند، به انتقاد از خود می‌پردازند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش ناگی و همکاران، (۲۰۲۱) و دالی و ویلوفبی (۲۰۱۹) گزارش شد که خودانتقادی بر خودزنی مؤثر است و می‌تواند یک عامل خطر برای آن باشد، با این حال بیان کردند که ممکن است خودانتقادی نتیجه رفتارهای خودزنی باشد. بنابراین به کار بردن مداخله‌ای جهت اثرگذاری بر خودانتقادی، ممکن است بتواند بر فراوانی رفتارهای خودزنی در نوجوانان مؤثر باشد. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای نشان داده شد افراد با خودانتقادی بالا رفتارهای تکانشی کمتر و رفتارهای خودآسیب‌رسان بیشتری را نشان دادند (محمودی، ۱۳۹۷).

از طرف دیگر، علاوه بر رابطه بین رفتارهای خودزنی و خودانتقادی، رفتارهای خودزنی می‌تواند نشانه آن باشد که فرد در شرایط مشکل‌ساز نسبت به خود مهربان و دلسوز نیست و همین مهربان نبودن با خود باعث می‌شود تا فرد از طریق راهبردهای ناسازگارانه مانند رفتارهای خودجراحی به مشکلات واکنش نشان دهد (جیانگ و همکاران، ۲۰۱۶). شفقت خود یا دلسوزی نسبت به خود شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی فزاینده می‌شود (نف، ۲۰۰۳). بر اساس پژوهش زاویر و همکاران (۲۰۱۶)، خودانتقادی و ترس از شفقت خود می‌تواند فرد را مستعد رفتارهای خودجراحی کند. در بعضی پژوهش‌ها نیز به اثربخشی برخی روش‌ها مانند یوگا (پاتل و موونتان، ۲۰۱۸) و ذهن‌آگاهی (mindfulness) (ترآوست و همکاران، ۲۰۲۱) بر شفقت خود اشاره شده است. بنابراین با توجه به نرخ بالای رفتارهای خودزنی در نوجوانان، استفاده از درمان‌هایی که بتواند بر خودانتقادی و شفقت خود نوجوانان به‌عنوان دو عامل مرتبط با رفتارهای خودزنی تأثیر بگذارند، حائز اهمیت است.

با توجه به نمودار ۱، رشد تعداد پژوهش‌ها در سراسر جهان در سال‌های اخیر در زمینه رفتارهای خودزنی بر اساس پایگاه استنادی اسکوپوس (Scopus) نشان‌دهنده اهمیت بررسی این موضوع در سال‌های اخیر است. از طرفی بر اساس پژوهش تسپاچریستاس و همکاران (۲۰۱۷)، هزینه آسیب‌های ناشی از خودزنی در بیمارستان‌های انگلیس به‌صورت میانگین، ۸۰۹ پوند است که هزینه سنگینی را بر جامعه تحمیل می‌کند. در نتیجه استفاده از روش‌های درمانی برای کاهش هزینه‌های اقتصادی ناشی از خودزنی به‌خصوص در نوجوانان، ضروری به نظر می‌رسد. از میان درمان‌های موجود، رفتاردرمانی دیالکتیک (dialectic behavior therapy) یکی از درمان‌هایی است که می‌تواند برای افرادی با سابقه خودزنی کمک‌کننده باشد. رفتاردرمانی دیالکتیک میلر و راتوس (۲۰۰۷)، بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان (۱۹۹۳)، منطبق با نیازهای نوجوانان طراحی شده است. این درمان به پنج حوزه مشکل‌دار شامل افزایش

ذهن آگاهی و کنترل توجه، تحمل پریشانی و کاهش رفتارهای تکانشی و پذیرش واقعیت، تنظیم هیجان و افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی، کارآمدی بین فردی و حفظ و ایجاد روابط ارزشمند ضمن حفظ احترام به خود و در نهایت مهارت ویژه درمان نوجوانان یعنی راه رفتن بر میانه راه که موجب کاهش تعارضات خانوادگی می‌شود، می‌پردازد (راتوس و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر در روند این درمان، والدین نوجوانان نیز در جلسات مجزایی درگیر فرآیند درمان شده و آموزش‌هایی را می‌بینند. بنابراین با توجه به کارکردهای این درمان، احتمال تأثیرگذاری درمان بر دو عامل مرتبط با رفتارهای خودزنی در نوجوانان یعنی خودانتقادگری و شفقت خود وجود دارد. در نتیجه، پژوهش حاضر بر آن است تا مشخص کند که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک قادر است بر خودانتقادگری و شفقت خود نوجوانان دختر با سابقه رفتارهای خودزنی تأثیر بگذارد؟



نمودار ۱. روند پژوهش‌های مربوط به خودزنی

• روش

پژوهش حاضر در زمره طرح‌های آزمایشی از نوع تک‌موردی با خط پایه چندگانه است. جامعه هدف، دختران نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز آموزش پرورش شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بودند که ۳ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. این تعداد نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه لازم برای طرح‌های تک‌آزمودنی انتخاب شدند (لین و گاست، ۲۰۱۴). همچنین طبق اصول رویکرد درمانی مورد استفاده یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک ویژه نوجوانان علاوه بر نوجوانان، والدین آنها نیز در قالب ۵ جلسه یک ساعته مجزا، در فرآیند درمان مشارکت داده شدند. در ابتدا جهت توضیح فرآیند پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، یک جلسه توجیهی برگزار شد. سپس دختران نوجوان به عنوان آزمودنی‌های مطالعه، به صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند و به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های دو، سه و یا ۴ هفته‌ای در مرحله خط پایه قرار داده شدند. در این روش مطالعه هر مرحله خط پایه در حکم گروه کنترل در نظر گرفته می‌شود. سپس هر یک از آنها در ۱۶ جلسه درمان و یک جلسه پیگیری شرکت کردند. ملاک‌های ورود شامل دانش‌آموز دختر بودن، سن ۱۴ تا ۱۸ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات و سابقه اقدام به خودزنی طی ۱ سال گذشته طی ۵ روز یا بیشتر بود. ملاک خروج نیز، دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی بود. افراد نمونه به ابزار پژوهش در جلسات ۴، ۸، ۱۲ و ۱۶ پاسخ دادند. سن نفر اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۵، ۱۵ و ۱۴ سال بود و با وجود آنکه مدت بیماری آنها به ترتیب ۱ سال، ۲ سال و ۷ ماه بود؛ اما هیچ‌یک از آنها سابقه درمان در یک سال گذشته را نداشتند. رفتار خودآسیب‌رسان مراجعان مورد مطالعه در قالب مراجع اول خراشیدن پوست با تیغ و قیچی، مراجع دوم آسیب به خود با گاز گرفتن خود و مراجع سوم نیز خراشیدن پوست با تیغ بود. از نظر روش تجزیه و تحلیل یافته‌ها، پژوهش حاضر به جای استفاده صرف از روش‌های آماری، از روش‌های بالینی نیز استفاده کرد. چراکه مقیاس‌های آماری، نتایج را به صورت کلی ارائه می‌دهند؛ اما در مورد تغییرات تک‌تک افراد در درمان اطلاعاتی ارائه نمی‌دهند (دورکین و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین استفاده صرف از روش‌های آماری فقط تفاوت از نظر آماری را نشان می‌دهد اما تغییرات ناشی از درمان در زندگی

واقعی را نشان نمی‌دهد. از طرفی لحاظ کردن دقت زیاد برای ورود و خروج افراد نمونه در پژوهش‌هایی با گروه آزمایش و کنترل به دلیل بیشتر بودن حجم نمونه، دشوارتر است؛ اما در صورت انتخاب تعداد کمی از آزمودنی‌ها در طرح تک آزمودنی، امکان کنترل دقیق‌تر این ملاک‌ها وجود دارد. در نتیجه به منظور رسیدن به این هدف، جهت تجزیه و تحلیل از ۴ روش استفاده شد. روش اول، ترسیم دیداری به روش ملاک دوگانه محافظه‌کارانه است (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳) که در نمودار ۲ و ۳ مشهود است. شاخص دوم جهت تجزیه و تحلیل، شاخص تغییر پایا (جکسون و همکاران، ۱۹۹۹) است؛ که به منظور جلوگیری از برخی خطاهای احتمالی در تعیین نقطه برش ناشی از هم‌پوشی و عدم هم‌پوشی توزیع جمعیت بهنجار و نابهنجار و جهت اعتماد بیشتر به داده‌های کارآزمایی بالینی و سنجش بهتر کارایی استفاده می‌شود. سومین شاخص مورد استفاده، بهبود بالینی معنادار است که به صورت درصد بهبودی با توجه به فرمول زیر به دست می‌آید و برگشت کارکرد افراد به سطح افراد بهنجار را می‌سنجد. چهارمین شاخص مورد استفاده، بهبود تشخیصی یعنی نداشتن ملاک‌های اختلال روان‌شناختی است (حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۴)؛ که در پژوهش حاضر با به کارگیری مصاحبه بالینی ساختاریافته مورد بررسی قرار گرفت. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، طرح پژوهش حاضر توسط دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد بررسی قرار گرفت و با دریافت کد اخلاقی IR.SUMS.REC.1401.093 مورد تأیید کمیته اخلاقی این دانشگاه بود.

• ابزارها

الف. مقیاس خودانتقادی/حمله به خود/قوت قلب

forms of self-criticizing/ attacking and self-reassuring scale (FSCRS) این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است و دارای ۲۲ ماده در سه خرده‌مقیاس احساس خود ناقص، تنفر خود و قوت قلب است. در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش رجیبی و عباسی (۱۳۹۰)، ضریب اعتبار آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی واگرایی آن با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، ۰/۳۶ به دست آمد. در پژوهش هالاموا و همکاران (۲۰۱۸) نیز ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۶ و در بررسی روایی هم‌گرا و واگرا نیز همبستگی خرده‌مقیاس خودانتقادی درونی شده LOSC با خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۷ و ۰/۴۵ - گزارش شد.

ب. مقیاس شفقت خود (self-compassion scale- SCS): این پرسشنامه توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شده است و دارای ۲۶ ماده در ۶ خرده‌مقیاس مهربانی با خود، قضاوت و داوری نسبت به خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی است. در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش خسروی و همکاران، (۱۳۹۲) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۷۶ و در پژوهش جانگ (۲۰۲۲) به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۱ گزارش شد. در بررسی روایی این مقیاس نیز نتایج تحلیل عاملی (RMSEA=۰/۰۵۰، SRMR=۰/۰۴۱، CFI=۰/۹۴ و TLI=۰/۹۳) در پژوهش کتسو و لیس (۲۰۱۶) مطلوب بود.

ج. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (structured clinical interview for DSM-5 SCID 5 PD)

(personality disorders-) در پژوهش حاضر به منظور تشخیص افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، از این مصاحبه استفاده شد. این مصاحبه توسط فرست و همکاران (۲۰۱۴) بر اساس DSM-5 طراحی شد. نمره‌گذاری آن ۴ تایی و به صورت اطلاعات کافی (۴)، فقدان (۰)، زیر آستانه (۱) و آستانه (۲) است. برای بررسی روایی هم‌گرا، همبستگی این مصاحبه با مقیاس اضطراب فراگیر ۷ سؤالی، ۰/۵۶ به دست آمد (پاپ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین طی تحلیل عاملی تأییدی، شاخص‌های برازش (RMSEA=۰/۱۳۲، CFI=۰/۸۴۳، TLI=۰/۷۴۰) مطلوب بودند و اعتبار بازآزمایی نیز ۰/۷۵ گزارش شد (هوملن و همکاران، ۲۰۲۱).

د. سیاهه رفتارها و کارکردهای خودجرحی (inventory of statements about self-injury- ISAS)

۲۰۰۹ توسط کلونسکی و گلن ساخته شده است. این سیاهه یک ابزار خودگزارش‌دهی است، فراوانی و عملکرد رفتارهای خود آسیب‌رسان بدون قصد خودکشی را ارزیابی می‌کند. این سیاهه دو بخش دارد. بخش اول فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خودآسیب‌رسانی را که به صورت عمدی اما نه با قصد خودکشی انجام می‌شود شامل: کوبیدن/ زدن، گازگرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بریدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطح خشن، خارش شدید، فروکردن سوزن در بدن و خوردن

مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می‌کند. بخش دوم سیاهه عملکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان غیر خودکشی‌گرا را ارزیابی می‌کند؛ که به دسته عملکرد درون‌فردی و بین‌فردی تقسیم می‌شود. در مطالعه‌ای (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱) ضریب بازآزمایی این مقیاس در یک سال برای عوامل درون‌فردی ۰/۶۰ و برای عوامل بین‌فردی ۰/۸۲ گزارش شده است.

جدول ۱. شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک نوجوانان

جلسه	اهداف	فرآیند درمان و تکنیک‌ها
۱	صورت‌بندی درمان و آشنایی با فرایند درمان	معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک ویژه نوجوانان، ۵ حوزه مداخله و ۵ مجموعه مهارت آن
۲	آشنایی با مهارت‌های ذهن‌آگاهی و منطق آن	معرفی ذهن‌آگاهی، اثربخشی آن و ۳ حالت ذهن
۳	تمرین عملی ذهن‌آگاهی و اکتساب ذهن‌خردمند	توجه به چیستی ذهن‌آگاهی (مشاهده، توصیف و مشارکت) و چگونگی آن (قضاوت‌نکردن، متمرکزماندن و کارآمدی)
۴	آشنایی با مهارت‌های تحمل‌پریشانی، منطق آن و چگونگی رهایی از بحران	پرت کردن حواس با استفاده از ذهن‌خردمند
۵	آموزش تحمل‌پریشانی	خودآرام‌سازی با استفاده از حواس ۶ گانه و بهبود لحظه حاضر
۶	آموزش تحمل‌پریشانی	سنجش سود و زیان، کاهش سریع برانگیختگی شدید هیجانی با مهارت‌های انجام حرکات ورزشی سنگین، ریلکسیشن پیشرفت عضلات و تحریک حواس بدن
۷	آموزش تحمل‌پریشانی	پذیرش مطلق
۸	آشنایی با مهارت‌های میانه‌روی و منطق آن	معرفی دیالکتیک‌ها، چگونگی تفکر و عمل دیالکتیکی و سنجش الگوهای رفتاری دیالکتیکی نوجوان و والدین
۹	آشنایی با اعتباربخشی و منطق آن	توضیح چیستی و چگونگی اعتباربخشی، مشخص کردن مواردی که باید اعتباربخشی شوند و بررسی چالش‌های آن
۱۰	آشنایی با تغییر رفتار و منطق آن	مشخص کردن رفتارهای قابل‌تغییر، افزایش رفتارهای مؤثر به‌واسطه تقویت مثبت و منفی، کاهش یا توقف رفتارهای ناکارآمد
۱۱	آشنایی با تنظیم هیجان و منطق آن	شناسایی دقیق هیجانات، عملکرد هیجانات و مدل آن
۱۲	آشنایی با استفاده از فعالیت لذت‌بخش و منطق آن	تعیین فعالیت لذت‌بخش کوتاه‌مدت و فعالیت لذت‌بخش بلندمدت با تمرکز بر ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها، ذهن‌خردمند و عدم اجتناب
۱۳	آشنایی با مهارت مسلط شدن، ادامه دادن، رعایت بهداشت خواب، عادات سالم غذایی و اجتناب از داروهای تغییر خلق	توضیح چگونگی مسلط شدن، ادامه دادن و بررسی تأثیر متقابل بدن بر ذهن و تأثیر سلامت جسمی بر هیجانات
۱۴	درک ماهیت موجی هیجان، توجه به حقایق و حل مسئله، آشنایی با مهارت عمل متضاد و منطق آن	تمرین ذهن‌آگاهی هیجانات به‌عنوان موج، آموزش حل مسئله، تعیین عمل متضاد با هر هیجان و زمان و چگونگی انجام آن
۱۵	آشنایی با مهارت کارآمدی بین‌فردی و منطق آن، تمرکز بر حفظ روابط مثبت و عوامل مداخله‌گر در آن	توضیح مهارت‌های بین‌فردی و چالش‌های آن، بررسی عوامل مداخله‌گر در کارآمدی بین‌فردی، بازی نقش به‌منظور تسلط در مانجو
۱۶	آموزش چگونگی بیان خواسته‌های خود، حفظ حرمت خود و آماده‌سازی برای پایان درمان	آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی، مباحثه و عذرخواهی و بررسی چالش‌ها در آموزش این مهارت‌ها

جدول ۲. شرح جلسات مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک والدین

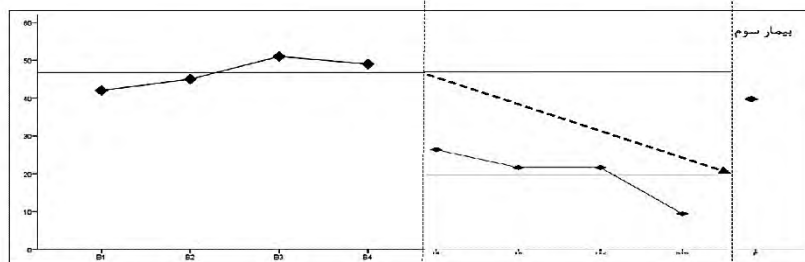
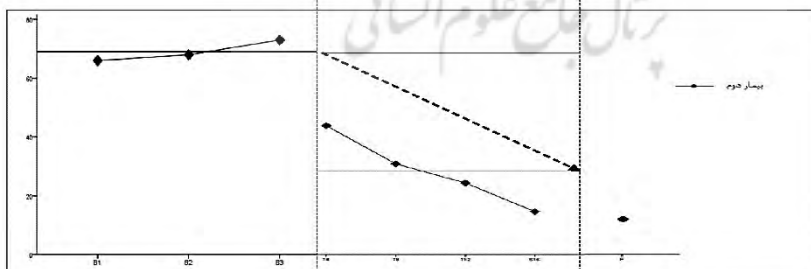
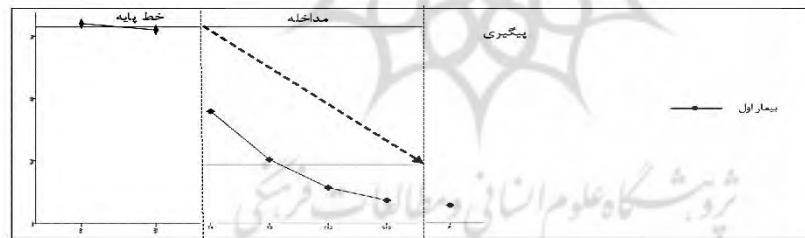
جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک نوجوانان و توضیح تفکر دیالکتیکی و حوزه‌های چالشی بین والدین و نوجوانان و ۵ حوزه مشکل در نوجوانان و مصادیق محیط نامعتبرساز و رابطه آن با علائم نوجوان
دوم	توضیح ذهن‌آگاهی و مهارت تحمل‌پریشانی
سوم	پرداختن به مهارت میانه‌روی و آموزش رفتار اعتباربخش
چهارم	معرفی انواع هیجان و نحوه برخورد با آنها
پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و ایجاد آمادگی برای پایان جلسات

• یافته‌ها

در جداول زیر نمرات شاخص‌های تغییر پایا، درصد بهبودی، بهبودی کلی هر ۳ آزمودنی در گام‌های خط پایه، درمان و پیگیری ذکر شده است. همچنین مقیاس ترسیم دیداری نیز برای متغیرها ترسیم شده است.

جدول ۳. روند تغییر خودانتقادگری در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مرحله درمانی	مراجعه اول	مراجعه دوم	مراجعه سوم
خط پایه اول	۶۴	۶۶	۴۲
خط پایه دوم	۶۲	۶۸	۴۵
خط پایه سوم	-	۷۳	۵۱
خط پایه چهارم	-	-	۴۹
میانگین خط پایه‌ها	۶۳	۶۹	۴۶/۷۵
جلسه چهارم	۴۴	۵۴	۲۸
جلسه هشتم	۲۵	۳۸	۲۳
جلسه دوازدهم	۱۴	۳۰	۲۳
جلسه شانزدهم	۹	۱۸	۱۰
میانگین مرحله درمانی	۲۳	۳۵	۲۱
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۷۵	۳/۴۲	۲/۳۳
درصد بهبودی (درمان)	۶۳/۴۹	۴۹/۲۷	۵۵/۰۸
درصد بهبودی کلی (درمان)		۵۵/۹۴	
پیگیری			
پیگیری بعد از یک ماه	۱۱	۲۰	۳۸
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۴/۸۸	۴/۹۳	۰/۷۹۰
درصد بهبودی (پیگیری)	۸۲/۵۳	۷۱/۰۱	۱۸/۸۲
درصد بهبودی کلی (پیگیری)		۵۷/۴۵	



میانگین و سنج تغییرات: خط پیکش ویند تغییرات: خط پیکش سطح تغییرات: خط پیکش

نمودار ۲. تغییر خودانتقادگری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

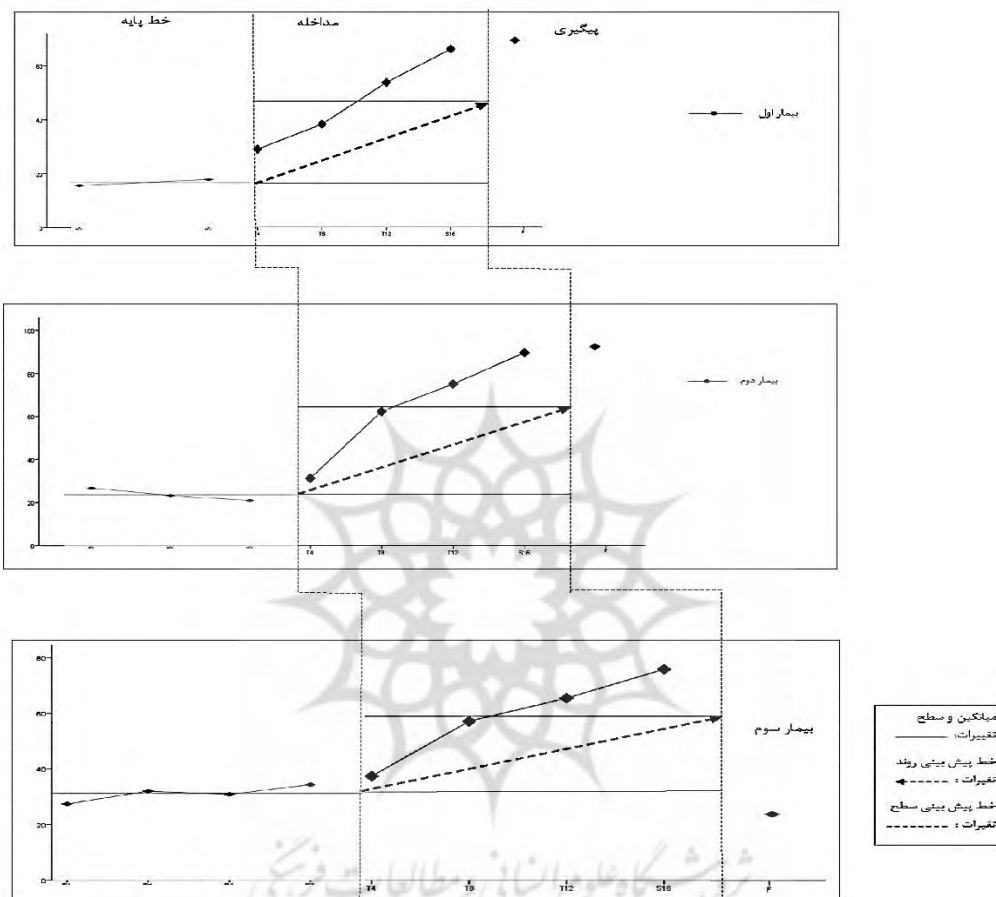
بر اساس نمودار ۲، میانگین و سطح نمره‌های خودانتقادگری مراجع اول و دوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است و در مورد مراجع سوم در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه کاهش اما در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان افزایش پیدا کرده است. همچنین بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۲، تمامی نقطه‌های ترسیم‌شده در زیر خط پیش‌بینی سطح و روند تغییرات در تمامی مراجعین بوده است. پس تغییرات، غیرتصادفی و درمان دیالکتیک نوجوانان، معنادار بوده است. با توجه به نتایج شاخص تغییر پایا در مرحله مداخله و پیگیری در جدول ۲، این شاخص برای هر سه مراجع از مقدار ارزش Z یعنی $1/96$ بیشتر است که نشان‌دهنده تأثیرگذاری درمان بعد از جلسات مداخله و در جلسه پیگیری است که این یافته‌های آماری با یافته‌های ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۲، هم‌نتیجه است. همچنین درصد بهبودی سه مراجع بعد از درمان به ترتیب $63/49$ ، $49/27$ و $55/08$ و در مرحله پیگیری به ترتیب $82/53$ ، $71/01$ و $18/82$ به دست آمد که در مقایسه با نقطه برش 50 درصد، درمان بر مراجع اول و دوم در کاهش خودانتقادگری بعد از جلسات مداخله و در جلسه پیگیری مؤثر بوده است اما برای مراجع سوم در کاهش خودانتقادگری مؤثر نبوده است. همچنین بر اساس نمودار ۲، روند نمره‌های خودانتقادگری در هر سه مراجع در مرحله خط پایه تقریباً ثابت بوده و پس از درمان، کاهش یافته است. همچنین این مقدار کاهش یافته در مرحله پیگیری نیز برای دو مراجع اول و دوم ثابت مانده اما برای مراجع سوم افزایش یافته است. این امر نشان‌دهنده این است که درمان دیالکتیک نوجوانان بر کاهش خودانتقادگری دو مراجع اول و دوم تأثیرگذار بوده اما بر مراجع سوم تأثیرگذار نبوده است.

جدول ۴. روند تغییر شفقت خود در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مراحل درمانی	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خط پایه اول	۱۴	۲۳	۲۴
خط پایه دوم	۱۶	۲۰	۲۸
خط پایه سوم	-	۱۸	۲۷
خط پایه چهارم	-	-	۳۰
میانگین خط پایه‌ها	۱۵	۲۰/۳۳	۲۷/۲۵
جلسه چهارم	۲۸	۳۲	۳۶
جلسه هشتم	۳۷	۶۴	۵۵
جلسه دوازدهم	۵۲	۷۷	۶۳
جلسه شانزدهم	۶۴	۹۲	۷۳
میانگین مرحله درمانی	۴۵/۲۵	۶۶/۲۵	۵۶/۷۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۱۱	۲/۰۷	۲/۵۰
درصد بهبودی (درمان)	۶۶/۸۵	۶۹/۳۱	۵۱/۹۸
درصد بهبودی کلی (درمان)		۶۲/۷۱	
پیگیری بعد از یک ماه	۶۱	۸۹	۳۳
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۳/۲۲	۳/۱۰	۰/۲۹
درصد بهبودی (پیگیری)	۷۵/۴۰	۷۷/۱۵	۱۷/۴۲
درصد بهبودی کلی (پیگیری)		۵۶/۶۶	

بر اساس نمودار ۳، میانگین و سطح شفقت خود مراجع اول و دوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است و برای مراجع سوم در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه افزایش اما در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان کاهش پیدا کرده است. همچنین بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۳، تمامی نقطه‌های ترسیم‌شده در بالای خط پیش‌بینی سطح و روند تغییرات در تمامی مراجعین بوده است. پس تغییرات، غیرتصادفی و تأثیر درمان دیالکتیک بر شفقت خود، معنادار بوده است. با توجه به نتایج جدول ۳، شاخص تغییر پایا بعد از درمان برای هر سه مراجع از مقدار ارزش Z یعنی $1/96$ بیشتر است که نشان‌دهنده تأثیرگذاری درمان بعد از جلسات مداخله است؛ اما در جلسه پیگیری برای مراجع اول و دوم بیشتر از ارزش Z و برای مراجع سوم، کمتر از این ارزش است که این نشان‌دهنده تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مراجع اول و دوم و بی‌تأثیر بودن آن بر مراجع سوم در جلسه پیگیری است. این یافته‌های آماری با یافته‌های ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۲، هم‌نتیجه است. همچنین درصد بهبودی سه مراجع بعد از درمان به ترتیب $66/85$ ، $69/31$ و $51/98$ و در مرحله پیگیری به ترتیب $75/40$ ، $77/15$ و $17/42$ به دست آمد. در

مقایسه با نقطه برش ۵۰ درصد، درمان بر هر سه مراجع در افزایش شفقت خود بعد از جلسات مداخله مؤثر بوده است اما در جلسه پیگیری، درمان بر مراجع اول و دوم مؤثر بوده اما برای مراجع سوم در افزایش شفقت خود مؤثر نبوده است. همچنین بر اساس نمودار ۲، روند نمره‌های شفقت خود در هر سه مراجع در مرحله خط پایه تقریباً ثابت بوده و پس از درمان، میزان شفقت خود مراجعین افزایش یافته است. همچنین این مقدار افزایش یافته در مرحله پیگیری نیز برای دو مراجع اول و دوم ثابت مانده اما برای مراجع سوم کاهش یافته است. این امر نشان‌دهنده این است که درمان دیالکتیک نوجوانان بر افزایش شفقت خود مراجع اول و دوم تأثیرگذار بوده اما بر مراجع سوم تأثیرگذار نبوده است.



نمودار ۳. تغییر شفقت خود در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

• بحث

پژوهش حاضر با هدف سنجش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودانتقادگری و شفقت خود دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودزنی در شهر شیراز انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده بر اساس سه آزمودنی در طرح تک‌آزمودنی با توجه به پیشینه‌های موجود، قابل تبیین هستند.

در اولین نتیجه به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، رفتاردرمانی دیالکتیک برای مراجع اول و دوم در کاهش خودانتقادگری با موفقیت درمانی همراه بوده است؛ اما در مورد مراجع سوم گرچه در سنجش پس از درمان، درصد بهبودی موفقیت‌آمیز بوده و حتی نمره خودانتقادگری در پیگیری نسبت به خط پایه کاهش داشته است اما از نظر درصد بهبودی که ملاک قضاوت محقق جهت تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در این پژوهش بوده، این درمان برای مراجع سوم با شکست همراه بوده است. بنابراین نتیجه این درمان قادر نبوده است که سطح خودانتقادگری مراجع سوم را به سطح افراد بهنجار برساند. نتایج به‌دست‌آمده مبنی بر کاهش خودانتقادگری هر سه مراجع در ارزیابی پس از درمان می‌تواند با نتایج پژوهش بکائیان و همکاران (۱۴۰۰)، همسو باشد که اثربخشی دو نوع درمان بر کاهش خودانتقادی دانشجویان را نشان دادند. نتیجه به‌دست‌آمده بر اساس مهارت ذهن‌آگاهی به‌کاربرده شده در رفتاردرمانی دیالکتیک قابل انتظار است. چراکه در این مهارت، فرد یاد می‌گیرد که بدون قضاوت خود، افکار و هیجان‌اتش را تنها مشاهده و توصیف نماید

(راتوس و همکاران، ۲۰۱۵) که این با ارزیابی انتقادی نسبت به خود در تعارض است. از سوی دیگر در این درمان والدین ضمن آگاهی از ذهن خردمند و روش دستیابی به آن، از انتقاد و برجسب‌زنی به نوجوان خود با سابقه رفتارهای خودجراحی پرهیز می‌کنند. در نتیجه به دلیل ارتباط بین رابطه والد-فرزندی با رفتارهای خودزنی و خودکشی (لیو و همکاران، ۲۰۲۲؛ اقدامی و فولادچنگ، ۱۴۰۱) احتمالاً خودانتقادی در نوجوان با سابقه رفتارهای خودزنی نیز کاهش می‌یابد. همچنین در طی آموزش مهارت کارآمدی بین فردی بر اساس تکنیک‌هایی مانند جرأت‌ورزی مراجع یاد می‌گیرد روابط خود را به گونه‌ای تنظیم نماید که موردانتقاد و نامعتبرسازی قرار نگیرد و یا در صورت مواجهه با چنین شرایطی پاسخ مناسبی به محیط بیرون خود بدهد. از سوی دیگر در قالب مهارت‌های تحمل‌پریشانی می‌آموزد هیجانات خود را به درستی بشناسد و پیام آن را دریافت کند؛ لذا به این طریق پاسخ مناسبی به هیجانات خود در دورن بدهد. با توجه به نظریه زیستی اجتماعی لینهان، قرار نگرفتن در محیط نامعتبرساز و مواجهه صحیح با هیجان به تنظیم هیجان منجر می‌شود (برادن و همکاران، ۲۰۲۲) که این خود نیز می‌تواند به کاهش خودانتقادی این نوجوانان مربوط بوده باشد. پایدار ماندن اثربخشی درمان بر کاهش خودانتقادی مراجع اول و دوم در دوره پیگیری می‌تواند به محیط خانوادگی آرام‌تر و حمایت‌کننده‌تر آنها اشاره داشته باشد. چراکه بر اساس نظریات سنتی خانواده‌درمانی، خانواده می‌تواند در تداوم مشکلات اعضای خود نقش داشته باشد (گولدنبرگ و گولدنبرگ، ۱۳۹۴). بنابراین با توجه به این نظریات می‌توان تبیین نمود که در مورد مراجع اول و دوم، پایداری نتایج علاوه بر تکنیک‌های آموزش داده به خود مراجعین، می‌تواند به همکاری والدین در روند درمان و حمایت آنان پس از درمان نیز مربوط باشد و عدم پایداری نتایج درمان برای مراجع سوم در مرحله پیگیری می‌تواند به نبود همکاری و نبود حمایت والدین در حین درمان و محیط پرآشوب خانواده بعد از جلسات درمان از جمله طلاق والدین و زندانی شدن برادر مربوط باشد که باعث شده مشکل فرد دوباره عود کند و تداوم یابد. همچنین در تبیین این نتیجه می‌توان به پژوهش امرمن و برون (۲۰۱۸) استناد کرد که بیان کردند افرادی که به خودجراحی می‌پردازند آسیب‌پذیری‌های خاصی مانند ناتوانی در تنظیم هیجانات منفی دارند که منجر به پاسخ‌های ناکارآمد به وقایع استرس‌زای زندگی مانند اختلاف و طلاق والدین می‌شود؛ که متعاقباً عوامل میانجی که منجر به خودجراحی می‌شود، به‌خصوص خودانتقادی را در فرد تقویت می‌کند.

نتیجه دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمد، مشابه با نتیجه اول، رفتاردرمانی دیالکتیک برای مراجع اول و دوم در جهت افزایش شفقت خود سه مراجع با موفقیت درمانی همراه بوده؛ اما در مورد مراجع سوم گرچه در سنجش پس از درمان، درصد بهبودی موفقیت‌آمیز بوده و حتی نمره شفقت خود در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است؛ اما از نظر درصد بهبودی که ملاک قضاوت محقق جهت تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در این پژوهش بوده، این درمان برای مراجع سوم با شکست درمانی مواجه شده است. در نتیجه، این درمان قادر نبوده است که سطح شفقت خود مراجع سوم را به سطح افراد بهنجار برساند. نتیجه به دست آمده از افزایش شفقت خود در مراجع اول و دوم بر اساس نتایج پژوهش‌های پاتل و موونتان (۲۰۱۸) و تر آوست و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند روش‌های مداخله‌ای مانند یوگا و ذهن‌آگاهی قادر به افزایش شفقت خود در افراد هستند، قابل‌انتظار است. اما اثربخش نبودن رفتاردرمانی دیالکتیک بر مراجع سوم در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش وستفال و همکاران (۲۰۱۶)، قابل تبیین است که بیان کردند شفقت خود با نامعتبرسازی هیجانی، ارتباط منفی دارد. چراکه محیط خانواده برای مراجع سوم نیز یک محیط نامعتبرساز و همراه با آشفتگی‌ها و تنش‌های هیجانی زیاد از جمله طلاق والدین و زندانی شدن برادر بود و همین منجر به عدم همکاری والدین در درمان نوجوان شده بود. همین مسأله، عدم پایداری موفقیت درمان برای افزایش شفقت خود نوجوان سوم را تبیین می‌کند.

• نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر به صورت کلی نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود در هر سه مراجع در بعد از درمان، مؤثر بوده است؛ اما پایداری اثر درمان در مرحله پیگیری برای مراجع اول و دوم باقی ماند اما برای مراجع سوم با توجه به تبیین‌های ذکر شده، اثربخشی درمان پایدار باقی نماند.

با توجه به اینکه هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد و پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست می‌توان ذکر کرد که ابزارهای به‌کارگرفته شده جهت سنجش خودانتقادی و شفقت خود در پژوهش حاضر، مختص دوره نوجوانی نیست. لذا شاید به‌کارگیری

ابزارهای متناسب با این دوره سنی، نتایج دقیق‌تری به‌دست دهد. لذا با توجه به تغییرات هیجانی شدید در این دوره پیشنهاد می‌شود که در طی یک پژوهش کیفی در آینده، ابزارهای مختص نوجوانان طراحی گردد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک در صورت همکاری والدین در روند درمان و ارائه حمایت پس از درمان می‌تواند در کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود نوجوانان دختر با سابقه رفتارهای خودجرحی مؤثر باشد.

• تعارض منافع

حمایت مالی و تعارض منافع در پژوهش حاضر وجود نداشته است.

• تشکر و قدردانی

از همه مشارکت‌کنندگان که در روند انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، تشکر می‌کنیم.

• منابع

- اقدامی، زهرا؛ و فولادچنگ، محبوبه. (۱۴۰۱). پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس کنترل روان‌شناختی والدین: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. *مجله روانشناسی*، ۱۰۱، ۲۶، ۱۱-۱.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* ویراست پنجم. مترجم: یحیی سید محمدی (۱۳۹۷). تهران: نشر روان.
- بکائیان، مهدی؛ بلقان‌آبادی، مصطفی؛ اصغری نکاح، سید محسن؛ و باقرزاده گل‌مکانی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی روان‌نمایشگری و درمان شناختی رفتاری گروهی بر ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خودانتقادی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی. *مجله روانشناسی*، ۱۰۰، ۲۵، ۵۸۱-۵۷۱.
- حمیدپور، حسن؛ صاحبی، علی؛ و طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۴). مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴۲، ۲، ۱۶۳-۱۵۰.
- خسروی، عبدالله؛ صادقی، مجید؛ و یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). *مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴، ۱۳، ۵۹-۴۷.
- رجبی، غلام‌رضا؛ و عباسی، قدرت‌اله. (۱۳۹۰). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی‌شده در دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲، ۱، ۱۷۱-۱۸۲.
- کیانی، مسعود؛ حجازی، الهه؛ اژه‌ای، جواد؛ غلامعلی‌لوسانی. (۲۰۱۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه خودتنظیمی نوجوانی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *مجله روانشناسی*، ۸۱(۲۱)، ۳-۲۲.
- گولدنبرگ، هربرت و گولدنبرگ، آیرین. (۱۹۸۰). *خانواده‌درمانی*. مترجم: مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۴). تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- محمودی، هیوا. (۲۰۱۹). رابطه سبک‌های دلبستگی و گرایش به خودکشی با نقش تعدیل‌کنندگی خودانتقادی و وابستگی در دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۹۲(۲۳)، ۴۲۴-۴۳۹.
- موسوی‌هندری، طلیعه؛ محمودعلیلو، مجید؛ مدنی، یاسر. (۲۰۱۸). روابط ساختاری کودک‌آزایی و بد تنظیمی هیجانی با نشانه‌های شخصیت مرزی. *مجله روانشناسی*، ۸۶(۲۲)، ۱۸۸-۲۰۱.

- Ammerman, B. A. & Brown, S. (2018). The mediating role of self-criticism in the relationship between parental expressed emotion and NSSI. *Current Psychology*, 37(1), 325-333.
- Braden, A., Redondo, R., Ferrell, E., Anderson, L., Weinandy, J. G., Watford, T., Barnhart, W. R. (2022). An Open Trial Examining Dialectical Behavior Therapy Skills and Behavioral Weight Loss for Adults With Emotional Eating and Overweight/Obesity, *Behavior Therapy*, In press.
- Daly, O., & Willoughby, T. (2019). A longitudinal study investigating bidirectionality among nonsuicidal self-injury, self-criticism, and parental criticism. *Psychiatry research*, 271, 678-683.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Ader, D. N. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain*, 9(2), 105-121.
- Feldmann, L., Zsigo, C., Piechaczek, C., Schröder, P. T., Wachinger, C., Schulte-Körne, G., & Greimel, E. (2022). Visual attention during cognitive reappraisal in adolescent major depression: Evidence from two eye-tracking studies. *Behavior Research and Therapy*, 104099.

- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single case designs. *Journal of applied behavior analysis*, 36(3), 387-406.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*, 1, 195-214.
- Halamová, J., Kanovský, M., Gilbert, P., Troop, N. A., Zuroff, D. C., Hermanto, N., & Kupeli, N. (2018). The factor structure of the forms of self-criticizing/attacking & self-reassuring scale in thirteen distinct populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40 (4), 736-751.
- Hummelen, B., Braeken, J., Buer Christensen, T., Nysaeter, T. E., Germans Selvik, S., Walther, K., & Paap, M. C. (2021). A psychometric analysis of the structured clinical interview for the DSM-5 alternative model for personality disorders module I (SCID-5-AMPD-I): Level of personality functioning scale. *Assessment*, 28(5), 1320-1333.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(3), 300.
- Jang, E. (2022). Mediating role of self-compassion in the association between moral injury and depression among Korean youths. *Heliyon*, e09429.
- Jiang, Y., You, J., Hou, Y., Du, C., Lin, M. P., Zheng, X., & Ma, C. (2016). Buffering the effects of peer victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The role of self-compassion and family cohesion. *Journal of Adolescence*, 53, 107-115.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS one*, 11(4), e0152880.
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological rehabilitation*, 24(3-4), 445-463.
- Liu, C. R., Wan, L. P., Liu, B. P., Jia, C. X., & Liu, X. (2022). Depressive symptoms mediate the association between maternal authoritarian parenting and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents. *Journal of affective disorders*, 305, 213-219.
- Mürner-Lavanchy, I., Koenig, J., Lerch, S., van der Venne, P., Höper, S., Resch, F., & Kaess, M. (2022). Neurocognitive functioning in adolescents with non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*.
- Nagy, L. M., Shanahan, M. L., & Baer, R. A. (2021). An experimental investigation of the effects of self-criticism and self-compassion on implicit associations with non-suicidal self-injury. *Behaviour research and therapy*, 139, 103819.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Paap, M., Heltne, A., Pedersen, G., Germans Selvik, S., Frans, N., Wilberg, T., & Hummelen, B. (2021). More is more: Evidence for the incremental value of the SCID-II/SCID-5-PD specific factors over and above a general personality disorder factor. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13 (2), 108-118.
- Patel, N. K., Nivethitha, L., & Mooventhan, A. (2018). Effect of a yoga based meditation technique on emotional regulation, self-compassion and mindfulness in college students. *Explore*, 14(6), 443-447.
- Rathus, J. H., Wagner, D., & Miller, A. L. (2015). Psychometric evaluation of the life problems inventory, a measure of borderline personality features in adolescents. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 5(4), 1-9.
- Ter Avest, M. J., Schuling, R., Greven, C. U., Huijbers, M. J., Wilderjans, T. F., Spinhoven, P., & Speckens, A. E. M. (2021). Interplay between self-compassion and affect during Mindfulness-Based Compassionate Living for recurrent depression: An Autoregressive Latent Trajectory analysis. *Behaviour research and therapy*, 146, 103946.
- Tsiachristas, A., McDaid, D., Casey, D., Brand, F., Leal, J., Park, A.-L., & Hawton, K. (2017). General hospital costs in England of medical and psychiatric care for patients who self-harm: a retrospective analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 759-767.
- Westphal, M., Leahy, R. L., Pala, A. N., & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry research*, 242, 186-191.
- Xavier, A., Gouveia, J. P., & Cunha, M. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence: The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Paper presented at the Child & Youth Care Forum*.