

اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیک بر رفتار خودکشی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی دارای نشانگان شخصیت مرزی

علیرضا علی نقی^۱، محمد حاتمی^۲، مژگان سلواتی^۳

Effectiveness of Dialectical behavior therapy on suicide behavior in suicidal adolescent with Borderline personality syndrome

Alireza Alinaghi¹, Mohamad hatami², Mojgan Salavati³

چکیده

زمینه: روی آوردهای مختلف با روش های متفاوت، تلاش در بهبود و درمان اختلال شخصیت مرزی و نشانگان آن داشته اند. در این میان، مؤثرترین روی آورد، رفتاردرمانگری دیالکتیک گزارش شده است. **هدف:** تعیین اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیک انطباق یافته برای نوجوان در کاهش رفتار خودکشی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی دچار نشانگان اختلال شخصیت مرزی بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری کلیه دختران ۱۵ تا ۱۸ سال شهر کرج بودند که از بین آنها براساس ادبیات پژوهش، ۲۴ نفر به شرط داشتن تشخیص نشانگان شخصیت مرزی از روانپزشک و حداقل ۱ اقدام به خودکشی در ۱۶ هفته اخیر، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرایط خروج از پژوهش نیز ابتلا به اختلال روان گسسته وار، رفتار هنجاری، فزون کنشی-کمبود توجه و وجود مشکلات قانونی بودند. گروه آزمایش ۱۶ جلسه آموزش شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی بود که توسط آرنتر و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است و شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به آن پاسخ دادند. **یافته ها:** ارزیابی تحلیل واریانس مختلط نشان داد کاهش میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری گروه رفتاردرمانگری دیالکتیک، نسبت به گروه گواه دارای تفاوت معنی دار بود ($P < 0/001$). **نتیجه گیری:** رفتاردرمانگری دیالکتیک انطباق یافته برای نوجوان می تواند رفتار خودکشی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی را کاهش دهد و در طول زمان ثبات خوبی داشته باشد. **واژه کلیدها:** اختلال شخصیت مرزی، رفتار خودکشی، رفتار درمانگری دیالکتیک، نوجوان

Background: Different treatments have tried different ways to improve and treat borderline personality disorder and its syndrome. Meanwhile, the most effective way have reported dialectic behavior therapy. **Aims:** The aim was determination of effectiveness of dialectical behavior therapy on suicide behavior in suicidal adolescent with borderline personality syndrome. **Method:** This study used a two group pre-test, post test with follow-up quasi-experimental design. The statistical population was all girls aged 15-18 years old in kara, among them 24 girls selected using available sampling that psychiatrist had distinguished that they suffered from Borderline personality syndrome and had at least one suicide attempt in 16 weeks ago. They were placed in experimental and control groups randomly. also Condition of exit from this research we suffering of psychotic disorder, conduct disorder, attention deficit hyper activity disorder and legal problems. The experimental group received 16 sessions skill training and 16 sessions dialectical behavior therapy adapted for Adolescent and the same time control group didn't receive any kinds of psychotherapy. Instrument of research was Borderline Personality Disorder Severity Scale, that is made by Arentz & et al at 2003 and participants responded it in pre-test, post-post-test and follow-up. **Results:** Analysis of mixed variance showed that decrease of means scores in post-test and follow-up have been significant at Dialectical behavior therapy group compare with control group ($p \leq 0/001$). **Conclusions:** Dialectical behavior therapy adapted for adolescents can reduce suicide behavior in suicidal adolescents with borderline personality syndrome and this result can be stable during the time. **Key words:** Borderline personality disorder, Suicide behavior, Dialectical behavior therapy, Adolescent

Corresponding Author: hatami513@gmail.com

^۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۱. Ph.D. Student of Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

^۲. دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳. دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران

^۳. Ph.D in Clinical Psychology, University of Medical Sciences, Tehran, Iran

مقدمه

موضوع مطرح می‌باشد که وقتی این عوامل با یکدیگر ترکیب می‌شوند احتمال خودکشی نوجوان را افزایش می‌دهند (راتوس، میلر و لینهان^{۱۴}، ۲۰۰۷، صص. ۵۹-۷۶).

ارتباط بین ابتلاء به اختلال شخصیت به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی و بروز خودکشی نوجوانان از دهه هشتاد میلادی مورد بررسی قرار گرفته است. رفتار خودکشی که اقدامی آگاهانه در جهت آسیب رساندن به خود معنا می‌شود و در نهایت نیز به مرگ منتهی می‌شود، یکی از معضلات عمده در سیستم‌های بهداشتی در تمام جهان می‌باشد که نرخ گسترش آن در سال‌های اخیر سیر افزایشی داشته است (راتوس و میلر، ۲۰۱۵، صص. ۱۹۷-۲۰۰). تحقیقات نشان داده است که نرخ خودکشی در ۴۵ سال اخیر ۶۰ درصد افزایش داشته است. بر پایه آمار مرکز مهار بیماری آمریکا، خودکشی دومین علت مرگ و میر در نوجوانان و جوانان است (لگ و ناک^{۱۵}، ۲۰۱۴، صص. ۶۹-۵۴). پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور نیز مبین این مطلب می‌باشند که بالاترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال اتفاق افتاده است (پورحسین، عزتی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۵، صص. ۱۰-۹). پس از هر خودکشی تقریباً ۶ نفر بلافاصله تحت تأثیر مستقیم این حادثه و پیامدهای آن قرار می‌گیرند (مور^{۱۶}، ۲۰۱۲، صص. ۱۸-۳۰). علاوه بر این هزینه‌های پزشکی مربوط به خودکشی سالانه صد میلیون دلار تخمین زده می‌شود (عباس پور، ۱۳۹۳، صص. ۶۵). این رفتار به دنبال افکاری چون خیال‌پردازی‌ها، نشخوارها و اشتغال فاعلی^{۱۷} درباره مرگ و خودآسیب‌رسانی و از طیف تصور و خیال‌پردازی تا برنامه‌ریزی برای اقدام جدی خودکشی اتفاق می‌افتد. این افکار که به‌عنوان پیش‌زمینه رفتار خودکشی مطرح هستند، در واقع نوعی راهبرد ناکارآمد تنظیم هیجان و حل مسأله‌اند که کمبود توانش‌های^{۱۸} فردی باعث آن می‌شود و در لحظات تنش‌زا یا حضور عوامل درونی یا بیرونی ناخوشایند به یکباره شخص، خودکشی را به

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از پرهزینه‌ترین و شایع‌ترین اختلالات شخصیت به‌شمار می‌رود. این اختلال که یک الگوی فراگیر^۲ از بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودپنداشت، عواطف و برانگیختگی^۳ بارز است با پنج نشانه از ۹ نشانه شامل تلاش برای اجتناب از رهاشدگی واقعی یا خیالی، بی‌ثباتی روابط بین‌فردی، اختلال هویتی، برانگیختگی، اقدام به خودکشی یا خودزنی‌های مکرر، بی‌ثباتی عاطفی افکار روان‌فراگردگونه^۴، احساس مزمن پوچی و خشم‌های شدید مشخص می‌شود (گنجی، ۱۳۹۷، صص. ۱۲۴). بر طبق نظر شارپ و تاکت^۵ (۲۰۱۴، صص. ۵۹) دوره نوجوانی سن شروع نشانگان^۶ اختلال شخصیت مرزی است. بر طبق نظر اسپوهرت^۷ (۲۰۱۲، صص. ۷۸-۱۱۱)، پریس^۸ (۲۰۱۴، صص. ۲۵)، زانارینی، فراکنبرگ، هنن، برادفورد و سیلک^۹ (۲۰۰۶، صص. ۴۸-۶۱) اگرچه متخصصان سلامت‌روانی^{۱۱} در زمینه تشخیص‌گذاری اختلالات شخصیت در سنین نوجوانی و قبل از سن ۱۸ سالگی با توجه به نوسانات تحولی دوره نوجوانی بی‌میل هستند، اما همپوشی وسیعی میان مشخصه‌های عوامل خطر بالا برای خودکشی نوجوانان و تشخیص اختلالات شخصیت به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی وجود دارد. نوجوانی از بحرانی‌ترین دوران زندگی است که نوجوان با تنیدگی‌های متعددی مواجه است (شکوهی یکتا، اکبری زردخانه، محمودی و مهدوی، ۱۳۹۷، صص. ۴۸-۴۹). در میان مقاطع سنی مختلف، در نوجوانی اقدام به خودکشی بطور معنی‌داری افزایش پیدا می‌کند (کینگ، فاستر و ایول^{۱۱}، ۲۰۱۳، صص. ۹۴). خودکشی‌شناسان بطور وسیعی بر روی شناسایی عوامل خطر خودکشی نوجوانان کار کرده‌اند (هالی و هاگز^{۱۲}، ۲۰۱۰، صص. ۱۸۷). پژوهش‌ها بطور وسیعی نشان داده‌اند که عوامل خطر متعددی چون اقدام به خودکشی قبلی، اختلالات روانی، آشفتگی خانوادگی مزمن، رویدادهای زندگی پر از تنیدگی^{۱۳}، جنسیت، سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی، دسترسی به وسایل کشنده و خصوصاً اختلالات شخصیت برای این

10. mental health

11. King, Foster & Ewell

12. Haley & Hughes

13. stress

14. Rathus, Miller & Linhan

15. Leg & Nock

16. Moore

17. subjective

18. skill

1. borderline personality disorder

2. pervasive

3. impulsivity

4. paranoid

5. Sharp & Tachett

6. syndrom

7. Schuppert

8. Paris

9. Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford & silk

هیجانی در زمانی که دیگر روش‌های سازگاری در دسترس نیستند می‌باشند (چاپمن و روزنتال^۷، ۲۰۱۶، صص. ۹۷-۱۰۱). به عبارت دیگر الگوی استاندارد رفتاردرمانگری دیالکتیک مبتنی بر تئوری زیستی اجتماعی نشان می‌دهد که رفتارهای خودکشی و شبه خودکشی حاصل تلاش‌های غیرانطباقی در حل مسأله و تحمل ضعیف در برابر پریشانی می‌باشند و محیط نامعتبرساز موجب تقویت آن می‌گردد (شارپ و تاکت، ۲۰۱۴، ص. ۸۹).

تصویر هیجانی افراد خودکشی‌کننده یک بدتنظیمی هیجانی مزمن است. این بدتنظیمی هیجانی می‌تواند خود را به شکل بدتنظیمی بین فردی، رفتاری و شناختی نشان دهد (هولن باو و لوئیس^۸، ۲۰۱۸، صص. ۱۰۳-۱۱۴). نوجوانان مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی در فهم، مدیریت و ابراز هیجان‌تشان دچار مشکل‌اند و هیجان‌تشان ناپایدار است، آنها از رفتار خود آسیب‌رسان و خودکشی برای تنظیم هیجان‌تشان استفاده می‌کنند (لاو، خازم و آنستیس^۹، ۲۰۱۵، صص. ۴۸-۶۳). با توجه به اینکه هم نشانگان رفتارهای برانگیختگی، پرخاشگرانه و هم راهبردهای نظم‌جویی هیجان در سبب‌شناسی اختلال خودکشی مطرح است، درمان مناسب برای آن باید بتواند بر این سازه‌های زیربنایی اثر بگذارد، عملی که رفتاردرمانگری دیالکتیک با آموزش توانش‌های اختصاصی همچون تنظیم هیجان، تحمل‌پریشانی، مهارکردن خشم و جرأت‌ورزی انجام می‌دهد (هاروی و راسبونه^{۱۰}، ۲۰۱۳، ص. ۱۰۰).

پژوهش‌ها نشان داده است که رفتاردرمانگری دیالکتیک برای درمان نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی بسیار مناسب است. این روی آورد با اعتباربخشی به درد هیجانی، کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی و افزایش توانش‌های رفتاری همچون تنظیم هیجان، اثربخشی بین فردی، تحمل آشفستگی و توجه آگاهی، به مدیریت بدتنظیمی‌ها و درمان نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد. همچنین بسیاری از موضوعات اصلی مرتبط با دوره نوجوانی همچون مزاج^{۱۱} تغییرپذیر، ارتباطات

عنوان تنها راه‌هایی از درد و رنج ارزیابی می‌کند (هالی و هاگز، ۲۰۱۰، ص. ۲۰۰).

علاوه بر دیدگاه روان‌شناختی، خودکشی یک مشکل اجتماعی عمده است که اثرات ویرانگری بر کل سیستم خانواده، دوستان و جامعه می‌گذارد. خانواده‌های افراد اقدام‌کننده به خودکشی با برچسب اجتماعی، سرزنش و دامنه‌ای از هیجان‌اتی چون شوک، وحشت، احساس گناه و شرم، احساسات طرد شدن، سرزنش خود، خشم و حتی افکار مربوط به خودکشی مواجه می‌شوند (لیچنتال، کروس و پریگرسون^۱، ۲۰۰۴، صص. ۴۶-۵۶).

با توجه به این که راه مداخله پایدار در اختلال شخصیت مرزی، روان درمانی است (گنجی، ۱۳۹۷، ص. ۸۶)، راهبردهای روان درمانگری مختلفی برای این اختلال معرفی شده است. یکی از مهمترین مداخلات سودمند در این حیطه، رفتاردرمانگری دیالکتیک است. رفتاردرمانگری دیالکتیک یکی از درمان‌های مبتنی بر موج سوم رفتارگرایی و ابداع مارشال لینهان است که به منظور کاهش افکار و رفتار خودکشی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ایجاد شده است (دیمف و کوانر^۲، ۲۰۰۷، ص. ۱۰۲). این روی آورد^۳ نظری آمیزه‌ای از سه دیدگاه نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و اعمال ذن است (مک‌کی، وود و برانتلی^۴، ۲۰۰۷، ص. ۱۶۸). رفتاردرمانگری دیالکتیک که بر یک دیدگاه دیالکتیکی از جهان استوار است، بر سه اصل تأکید می‌کند: اصل تمامیت واقعیت و داشتن ارتباطات یا مناسبات مشترک درونی، اصل تضاد یا قطبیت، اصل تغییر پیوسته و دائم (لینهان، ۱۹۹۳، ص. ۱۶۲).

بر اساس دیدگاه رفتاردرمانگری دیالکتیک تعامل بدتنظیمی هیجانی و محیط نامعتبرساز عامل اساسی ایجاد و تداوم مشکل می‌باشد. بدتنظیمی هیجانی به دلیل بروز تجربه فقدان، آسیب، دلبستگی نایمن و عدم تأیید هیجان در فرد شکل می‌گیرد و این بدتنظیمی در تعامل با محیط نامعتبرساز باعث بروز اختلال می‌شود (ون دیجک^۵، ۲۰۱۲، ص. ۲۱۱). براساس دیدگاه لینهان، رفتارهای خودکشی به‌عنوان شیوه‌های یادگرفته شده سازش‌نایافته^۶ با رنج

7. Chapman & Rosenthal

8. Hollenbaugh & Lewis

9. Law, Khazem & Anestis

10. Harvey & Rathbone

11. mood

1a. Lichtenthal, Cruess & Prigerson

2. Dimeff & Koerner

3. approach

4. McKay, Wood & Brantly

5. Vandijk

6. maladjusted

فرضیه‌ها

فرضیه پژوهش این چنین قابل طرح است:

۱- رفتار درمانی دیالکتیک موجب کاهش رفتار اقدام به خودکشی در نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی می‌گردد.

روش

روش پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع کاربردی بود. طبق هماهنگی‌هایی که با برخی مدارس دخترانه، روانپزشکان و بیمارستان‌های مختلف شهر کرج برای ارجاع موارد خودکشی به عمل آمد از میان دختران ارجاع شده در محدوده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال ساکن شهر کرج که به تشخیص روانپزشک واجد تشخیص نشانگان شخصیت مرزی بودند و در ۱۶ هفته اخیر سابقه حداقل یک مورد اقدام به خودکشی داشتند، براساس بررسی ادبیات پژوهش، تعداد ۲۴ نفر که تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب^۷ شدند و پس از اخذ رضایت کتبی به شکل تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. لازم به ذکر است که در زمان اجرای پژوهش، تمامی این افراد تحت درمان دارویی قرار داشتند. گروه اول به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شد و افراد این گروه به مدت ۱۶ هفته براساس الگوی راتوس و همکاران (۲۰۰۷، صص. ۸۰-۹۲) تحت رفتاردرمانگری دیالکتیک قرار گرفتند. جلسات رفتاردرمانگری دیالکتیک شامل هفته‌ای دو جلسه ۴۵ و ۱۲۰ دقیقه‌ای بود که به ترتیب به جلسات رفتاردرمانگری دیالکتیک و آموزش توانش‌های دیالکتیک اختصاص داده شده بود و طی ۱۶ هفته برگزار شد. گروه دیگر به عنوان گروه گواه^۸ در نظر گرفته شد که این افراد تحت آموزش‌های عمومی در راستای ضرورت استفاده از دارودرمانگری قرار گرفتند و هیچگونه مداخله روانشناختی را دریافت نکردند. معیارهای خروج افراد از پژوهش عبارت بود از ابتلاء به اختلال روان گسسته‌وار، داشتن مشکلات بزهکارانه منجر شده به مشکلات قانونی، اختلال رفتار هنجاری^۹ و سابقه تشخیص فزون کنشی^{۱۰} - کمبود توجه^{۱۱}.

ناپایدار در رفتاردرمانگری دیالکتیک مورد توجه قرار می‌گیرد (راتوس و میلر، ۲۰۰۲، صص. ۱۳-۲۵).

رفتاردرمانگری دیالکتیک با کارایی بالا در کاهش و مدیریت بدتنظیمی‌های رفتاری، هیجانی و شناختی بیماران دارای نشانگان شخصیت مرزی طبق پژوهش‌های لینهان، کرسلند و هارند^۱ (۲۰۱۵، ص. ۴۱)، هاگن، وودز، چانگز و بی‌ری^۲ (۲۰۱۴، ص. ۱۵۶)، موژومدار، سیمون و کانسا^۳ (۲۰۱۰، صص. ۱۳-۱۷)، راتوس و همکاران (۲۰۰۷، ص. ۷۱)، راتوس و میلر (۲۰۰۲، ص. ۱۹)، پرلتچیکوا، اکسلرود، کافمن، رنزاویل، داگلاس و میلر^۴ (۲۰۱۱، صص. ۲۱-۲۹)، لینهان، کمیتس، مورای، براون، گالپ و هیر^۵ (۲۰۰۶، صص. ۱۴-۲۲) و راجالین، ویکهلم، هورستی و جکینن^۶ (۲۰۰۹، صص. ۸۰-۹۵) یک روی آورد درمانی تأیید شده و مفید است. در ایران نیز کارآیی بالای این درمان در کاهش نشانگان شخصیت مرزی بزرگسالان در پژوهش‌هایی نظیر پژوهش جامع محمدی‌زاده، مکوندی، پاشا، بختیارپور و حافظی (۱۳۹۶، صص. ۴۴-۵۳)، زمانی، احمدی، عطایی و میرشکار (۱۳۹۳، صص. ۴۵-۵۴)، صفاری نیا، نیکوگفتار، دماوندیان (۱۳۹۳، صص. ۷۶-۷۷) و وزیری و لطفی (۱۳۹۲، صص. ۶۱-۶۲) مورد تأیید قرار گرفته است.

بطور کلی خودکشی نوجوانان، به خاطر فراوانی آن، احتمال تکرار مجدد، اثرات گسترده بر جامعه و اطرافیان، مسائل فرهنگی، هزینه‌های درمانی زیاد، افزایش احتمال خودکشی کامل و همچنین اختلالات همراه همچون اختلال شخصیت مرزی مسئله‌ای در خور توجه است. اگرچه تحقیقات زیادی برای شناسایی عوامل خطرناک مربوط به اقدام به خودکشی و خودکشی‌های موفق انجام شده است، اما هنوز هیچ مداخله گسترده‌ای در کشور که بتواند با کاهش عوامل زیربنایی خودکشی، مانع تکرار آن در نوجوانان مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی گردد، انجام نشده است. پژوهش حاضر تلاش دارد با پرکردن این خلاء، روی آورد جامعی را برای اولین بار در ایران مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد که بتواند همزمان رفتار خودکشی و درواقع شدت نشانگان شخصیت مرزی را کاهش دهد.

7. selection

8. control group

9. conduct disorder

10. hyperactivity

11. attention deficit

1. Linhan, Korslund & Harned

2. Hagen, Woods, Chung & Beeber

3. Mujoomdar, Cimon & Nkansah

4. Perepletchikova, Axelrod, Kaufman, Rounsaville,

5. Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop & Heard

6. Rajalin, Wickholm, Hursti & Jokinen

ابزار

شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی: این مقیاس توسط آرنتز، بهمه و کرسست در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است و یک مصاحبه ساختاریافته و براساس گزارش درمانگر است. این پرسشنامه دارای ۷۰ آیتم است که ۹ معیار تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری را برای اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار می‌دهد که یکی از زیرمقیاس‌های آن به رفتار خودکشی اختصاص دارد. هر آیتم فراوانی و شدت نشانه‌ها را بر اساس مقیاس لیکرت، نمره‌دهی می‌کند. نمره‌گذاری بنابر قضاوت مصاحبه‌کننده در یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای است که به صورت پیوستار طراحی شده است که نمره صفر به فراوانی هرگز و نمره ده به فراوانی هر روزه اشاره دارد (آرنتز و همکاران، ۲۰۰۳، صص. ۴۵-۵۹). بر اساس گزارش صلواتی (۱۳۸۶، ص. ۱۰۷) جیسن بلو و همکاران وی در سال ۲۰۰۵ همسانی درونی این پرسشنامه را برابر با ۰/۹۶ و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده اند و همچنین درستی همزمان و درستی سازه قابل قبولی را برای آن مطرح کرده اند. این مقیاس همبستگی معناداری با سایر آسیب شناسی‌های محور دو اختلالات شخصیت به جز مرزی ندارد.

مداخله رفتار درمانگری دیالکتیک: ساختار درمانگری استفاده شده در پژوهش حاضر، توسط راتوس، میلر و لینهان (۲۰۰۷)، صص. ۲۸۲-۲۴۸) با بازبینی رویکرد رفتار درمانگری دیالکتیک استاندارد و با ایجاد تغییرات به منظور انطباق آن با دوره نوجوانی ابداع گردیده است. برطبق این ساختار، مداخله در گروه رفتاردرمانگری دیالکتیک شامل دو مسیر موازی به صورت هفتگی است: جلسات گروهی رفتار درمانگری دیالکتیک که به صورت اختصاصی، مراجعین را در مفاهیم رفتاردرمانگری دیالکتیک وارد می‌کند و روی مشکلات خاص افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی تمرکز دارد و جلسات آموزش توانش‌های پنجگانه دیالکتیک (شامل ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، راه رفتن میانه مسیر، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی که توانش‌های لازم برای یک زندگی سالم را به مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی آموزش می‌دهد. ساختار جلسات رفتاردرمانگری دیالکتیک به صورت هفتگی، با زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به مدت ۱۶ هفته بود. ساختار آموزش توانش‌ها نیز به صورت هفتگی، با زمان ۱۲۰ دقیقه به مدت ۱۶ هفته در ساختار آموزشی طرح‌ریزی شده بود. با توجه به مدل

پیشنهادی رفتاردرمانگری دیالکتیک، ویژه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با احتمال اقدام به رفتارهای خودکشی گرایانه، امکان مشاوره تلفنی و جلسات مشاوره خانواده نیز برای این نوجوانان مهیا شد.

بعد از اتمام جلسات، اعضای گروه ها سه ماه بعد، دوباره به پرسشنامه‌های اولیه پاسخ دادند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS-22 شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (مختلط) استفاده شد.

داده‌ها و یافته‌ها

در این پژوهش با استفاده از اطلاعات به دست آمده و وارد کردن آنها در نرم‌افزار SPSS داده‌های توصیفی زیر حاصل شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات رفتار خودکشی در سه مرحله زمانی به تفکیک گروه

| انحراف معیار | میانگین | گروه | پیش‌آزمون رفتار خودکشی |
|--------------|---------|-------------------------|------------------------|
| ۱۵/۰۴ | ۸۱/۵ | رفتار درمانگری دیالکتیک | پیش‌آزمون رفتار خودکشی |
| ۱۸/۶۶ | ۸۰/۱۶ | گواه | پس‌آزمون رفتار خودکشی |
| ۱۳/۳۲ | ۴۷/۵ | رفتار درمانگری دیالکتیک | پیش‌آزمون رفتار خودکشی |
| ۱۷/۵۶ | ۸۱/۳۳ | گواه | پس‌آزمون رفتار خودکشی |
| ۱۱/۲۹ | ۴۵/۷۶ | رفتار درمانگری دیالکتیک | پیش‌آزمون رفتار خودکشی |
| ۱۹/۹۱ | ۸۱/۸۳ | گواه | پس‌آزمون رفتار خودکشی |

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، میانگین نمرات رفتار خودکشی در گروه رفتاردرمانگری دیالکتیک، طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش پیدا می‌کند که این کاهش در بررسی میانگین‌های نمرات گروه گواه در روند پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس آمیخته پیش‌فرض‌های آن آزمون شد. در مورد تساوی ماتریس‌های کواریانس، بررسی نتایج آزمون ام-باکس (۹/۳۸۵) حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است. در مورد تساوی واریانس‌های خطا، نتایج آزمون لون نشان داد که فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده است و واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود (برای پیش‌آزمون $P=0/635$ ، $F(22/1)=0/232$ ، برای پس‌آزمون $P=0/431$ ، $F(22/1)=0/645$ ، و

نمود که نشان دهنده این است که مفروضه کرویت برقرار بوده است.

برای پیگیری $F(22/1)=2/587, P=0/122$. آزمون موخلی به منظور بررسی مفروضه کرویت انجام گرفت. نتیجه آزمون موخلی معنی دار

| جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته (تأثیر گروه و زمان اندازه گیری) بر نمرات رفتار خودکشی | | | | | | |
|--|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|-------------|
| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی داری | میزان تأثیر |
| بین آزمودنی‌ها | | | | | | |
| گروه | ۹۴۰۷/۳۴۷ | ۱ | ۹۴۰۷/۳۴۷ | ۱۲/۸۴۲ | * ۰/۰۰۲ | ۰/۳۶۹ |
| خطا | ۱۶۱۱۶/۳۰۶ | ۲۲ | ۷۳۲/۵۵۹ | | | |
| درون آزمودنی‌ها | | | | | | |
| زمان | ۴۴۸۲/۵۲۸ | ۲ | ۲۲۴۱/۲۶۴ | ۷۴/۸۲۵ | * .۰۰۰ | ۰/۷۷۳ |
| زمان و گروه | ۵۲۸۳/۵۲۸ | ۲ | ۲۶۴۱/۷۶۴ | ۸۸/۱۹۶ | * .۰۰۰ | ۰/۸۰۰ |
| خطا | ۱۳۱۷/۹۴۴ | ۴۴ | ۲۹/۹۵۳ | | | |

فلشهاکر، بهمه، سیگرت، بروک، اسپنچر و اسپولز^۳ (۲۰۱۱)، صص. ۱۰۴-۱۲۶) همخوان است. وان گاتم و همکاران (۲۰۱۵)، صص. ۱۰۵-۹۸) نشان دادند که رفتار درمانگری دیالکتیک موجب کاهش رفتار آسیب به خود و افکار خودکشی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در طول دوره درمان گردیده است. فلشهاکر و همکاران (۲۰۱۱، صص. ۱۰۶-۱۲۴)، وودبری و پاپنو (۲۰۰۸، صص. ۳۲-۴۸)، لینهان و همکاران (۲۰۱۵، صص. ۵۹-۶۳) نیز در تحقیقی مشابه نشان دادند که رفتار درمانگری دیالکتیک موجب کاهش رفتار آسیب به خود در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی گشته است. همچنین این یافته‌ها به صورت غیرمستقیم با یافته‌های پژوهش‌های هاگن و همکاران (۲۰۱۴، صص. ۱۱۴-۱۱۹)، زمانی و همکاران (۱۳۹۳، صص. ۳۶-۴۰) همخوان است. هاگن و همکاران (۲۰۱۴، صص. ۱۱۳) در پژوهشی نشان دادند که رفتار درمانگری دیالکتیک می‌تواند در بهبود علایم شخصیت مرزی اثربخشی مناسبی داشته باشد. زمانی و همکاران (۱۳۹۳، صص. ۴۵-۵۴) نیز در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از رفتار درمانگری دیالکتیک موجب کاهش رفتارهای برانگیختگی بیماران دارای افکار خودکشی گشته است.

رفتار درمانگری دیالکتیک در مقایسه با بسیاری از درمان‌های شناختی-رفتاری به ویژه درمان‌های شناختی، بر نقش هیجان به عنوان یک متغیر سببی کلیدی تأکید خاصی دارد و برخلاف برخی شکل‌های درمان شناختی-رفتاری، فقط فکر را متغیر میانجی بین رویدادهای ناگهانی و هیجان در نظر نمی‌گیرد، بلکه هیجان را

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از آن است بین سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. اثر اصلی درون‌گروهی معنی دار است ($F=74/825, P<0/001$ ، ضریب اثر $=0/773$) یعنی نمرات رفتار خودکشی در مراحل مختلف اندازه‌گیری کاهش معنی دار پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعامل ($P<0/001, F=74/825$ و $F=0/8$ ، ضریب اثر) و اثر بین‌گروهی ($P<0/001, F=12/842$ و $F=0/369$ ، ضریب اثر) معنادار است. یعنی در واقع بین نمرات دو گروه رفتار درمانگری دیالکتیک و گواه در نمرات رفتار خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد و نشان می‌دهد که رفتار درمانگری دیالکتیک در کاهش پایدار و معنی دار نمرات رفتار خودکشی اثربخشی مناسبی دارد (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر رفتار درمانگری دیالکتیک بر کاهش رفتار خودکشی نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی انجام گرفت. نتایج نشان داد که رفتار درمانگری دیالکتیک منجر به کاهش رفتار خودکشی نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی می‌گردد.

این یافته به صورت مستقیم با یافته‌های وان گاتم، مولدرز، دیونگ، آرنتر و ایگر^۱ (۲۰۱۵، صص. ۹۶-۱۰۹)، وودبری و پاپنو^۲ (۲۰۰۸، صص. ۳۲-۴۸)، لینهان و همکاران (۲۰۱۵، صص. ۵۰-۶۳)،

3. Fleischhaker, Bohme, Sixt, Bruck, Schneider & schulz

1. Vangoethem, Mulders, DeJung, Arntz & Egger

2. Woodberry & Popenoe

رفتار خودکشی تابعی از اختلال در تنظیم هیجان‌ها و یا پیامد آن است. بدتنظیمی‌های هیجانی و آسیب‌پذیری‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم هیجان به وسیله آموزش توانش‌های دیالکتیک به خصوص توانش تنظیم هیجان مورد آماج درمان قرار می‌گیرند (راتوس و همکاران، ۲۰۰۷، صص. ۶۹-۷۸). تعدیل سطح برانگیختگی هیجان، جهت‌دهی مجدد توجه، مهار رفتار وابسته به مزاج و سازمان‌دهی رفتار در زمینه‌های غیروابسته به مزاج مواردی هستند که باعث تعدیل هیجان‌ات افراد مبتلا به شخصیت مرزی می‌گردند و می‌توانند احتمال خودکشی را کاهش دهند (اسوالز و هیرد، ۱۳۹۴، صص. ۱۴۷-۱۵۹). راتوس و همکاران (۲۰۰۷، ص. ۷۶) محیط نامعتبرساز را نیز از عوامل ایجادکننده خودکشی و تسهیل‌گر در رفتار خودکشی مطرح کرده‌اند، بدین معنا که انکار افکار و هیجان‌ات فرد در کودکی، پاسخ نامناسب به آن، قضاوت یا کم‌اهمیت جلوه دادن تجارب کودک و تنبیه او به صورت غیرقابل پیش‌بینی، باعث می‌شود فرد هیجان‌ات خود را در کودکی مکرراً سرکوب کند و تنها زمانی در ازای هیجان‌اتش پاسخ بگیرد که این هیجان‌ات تشدید شود. رفتار خودکشی نمونه‌ای از بروز این هیجان‌ات تشدید شده است که در این افراد به خصوص در سنین نوجوانی بروز پیدا می‌کند. رفتار درمانگری دیالکتیک با استفاده از راهبردهای اعتباربخشی این مشکل را حل می‌کند چرا که مشکلات و رنج‌های بیمار درک می‌شود، بر وضعیت یا موقعیت دردناک بیمار تأکید می‌شود و هیجان‌ات او در نظر گرفته می‌شود و در نهایت او به همان شکلی که هست پذیرفته می‌شود (اسوالز و هیرد، ۱۳۹۴، ص. ۹۶).

رفتار درمانگری دیالکتیک بر روی هدایت بیمار برای تفکر دیالکتیکی درباره موقعیتش، تعادل بین راهبردهای پذیرش و تغییر، تأیید افکار و تجارب بیمار، اجرای راهبردهای مواجهه هیجانی برای کاهش گریز و درد هیجانی، ایجاد تعادل میان کنارآمدن‌های^۶ هیجان‌مدار و راه‌حل‌مدار، جابه‌جایی توجه از نشانه‌های درونی به نشانه‌های بیرونی، تعادل بین توانش‌ها و راهبردهای متمرکز بر رفتار و متمرکز بر هیجان، تفسیر بدون سرزنش از رفتار و احساسات، آموزش توانش‌های کنارآمدن جدید و تعادل بین توجه به نشانه‌های تهدید و نشانه‌های ایمنی، تمرکز می‌کند که مجموعه این عوامل باعث

به‌عنوان مجموع پاسخ‌های درونی یک سیستم در پی رویدادهای ناگهانی در نظر می‌گیرد و بر این نکته تأکید می‌کند که آسیب‌پذیری بالای این پاسخ‌های سیستمی و ناتوانی در تنظیم چنین پاسخ‌هایی به بروز بسیاری از رفتارهای آسیب‌رسان از جمله خودکشی منجر می‌شود (اسوالز و هیرد، ۱۳۹۴، صص. ۱۳۴-۱۵۹).

به‌طور کلی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در چندین حیطه دچار بدتنظیمی هستند: بدتنظیمی‌های هیجانی که آنان را مستعد هیجان‌اتی منفی نظیر افسردگی، خشم نسبت به خود و دیگران یا احساس کهنتری^۲ و گناه می‌کند و می‌تواند موجب بروز رفتار خودکشی در فرد گردد، بدتنظیمی‌های بین‌فردی که آنها را در دام تعارضات بین‌فردی و هیجان‌ات منفی ناشی از ترس از ترک‌شدگی می‌اندازد و این امر نیز از عوامل خطر خودکشی محسوب می‌شود (هولن باو و لويس^۳، ۲۰۱۸، ص. ۱۶۸)، بدتنظیمی‌های رفتاری چون رفتارهای برانگیختگی، آسیب به خود و خودکشی، بدتنظیمی‌های شناختی که شامل قضاوت و حل‌مسأله ضعیف، تفکر سفید و سیاه، نتایج و قضاوت‌های غلط در ذهن است و افکار خودکشی زمان مشکلات محیطی نیز از نتایج آن محسوب می‌شود، بدتنظیمی خود شامل آشفتگی هویت، احساس بیهودگی و عدم شناخت صحیح از خود که این عوامل نیز موجب می‌شوند که فرد در زمان‌های بحرانی نتواند افکار و هیجان‌ات خود را تنظیم کرده و به جای افکار و رفتار خودکشی، رفتار متناسب با موقعیت را نشان دهد (اگوئیر^۴، ۲۰۱۴، ص. ۹۴).

رفتار درمانگری دیالکتیک برخلاف درمان‌های دیگر که تنها بر روی یک مشکل تمرکز دارند، درمانگری چندبعدی و چندجانبه است که برای تمامی بدتنظیمی‌های بالا راهبردهای متناسبی را ارائه کرده است. از راهبردهای تحمل‌پریشانی برای تنظیم رفتارهایی چون خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک می‌گیرد. از راهبردهای رفتن میانه مسیر برای مهار کردن^۵ بدتنظیمی‌های شناختی چون افکار خودکشی کمک می‌گیرد و از راهبردهای ذهن‌آگاهی بنیادین، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی برای رفع بدتنظیمی خود، بدتنظیمی هیجانی و بدتنظیمی بین‌فردی استفاده می‌کند تا عوامل زیربنایی رفتار خودکشی را نیز مهار کند (راتوس و میلر، ۲۰۱۵، صص. ۱۶۰-۱۷۴).

4. Aguirre
5. control
6. coping

1. Swallz & Heard
2. inferiority
3. Hollenbaugh & Lewis

زمانی، نرگس؛ احمدی، وحید؛ عطایی، وحید؛ و میرشکار، ساره (۱۳۹۳). مقایسه میزان اثربخشی دو شیوه رفتاردرمانگری دیالکتیکی و رفتاردرمانگری شناختی بر بهبود نشانه‌های رفتارهای برانگیختگی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۵)، صص. ۴۵-۵۴.

شکوهی یکتا، محسن؛ اکبری زردخانه، سعید؛ محمودی، مریم؛ و مهدوی، مجتبی (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه مداخله روابط والد-نوجوان بر تعاملات بین‌نسلی خانوادگی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۵)، صص. ۴۸-۴۹.

صفری نیا، مجید؛ نیکوگفتار، منصوره و دماوندیان، ارمان (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱۵(۴)، صص. ۷۶-۷۷.

صلواتی، مژگان (۱۳۸۶). *طرحواره‌های غالب و اثربخشی طرحواره‌درمانگری در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی* (رساله دکتری روانشناسی بالینی). دانشگاه علوم پزشکی، تهران.

عباس‌پور، ذبیح‌الله (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری خانواده محور و راه‌حل‌محور بر افکار خودکشی‌گرایی، نشانگان افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی* (رساله دکتری مشاوره). دانشگاه شهید چمران، اهواز.

گنجی، مهدی (۱۳۹۷). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: ساوالان.

محمدی‌زاده، لادن؛ مکوندی، بهنام؛ پاشا، رضا؛ بختیارپور، سعید؛ و حافظی، فریبا (۱۳۹۶). *سنجش اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیک و طرحواره‌درمانگری بر کاهش میزان رفتار برانگیختگی در آشفتگی شخصیت مرزی*. *مجله علمی-پژوهشی علوم پزشکی گیلان*، ۲۲(۱۰۶)، صص. ۴۴-۵۳.

وزیری، شهرام و لطفی، فرح (۱۳۹۲). *اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیک بر کاهش نشانگان اختلال شخصیت مرزی*. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۲۸)، صص. ۶۱-۶۲.

Aguirre, B. (2014). *Borderline personality disorder in adolescent*. New York: Fair Winds Press.

Arntz, A., Bohme, M., & Kesret, A. S. (2003). Reliability and validity of borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorder*, 17(1), PP. 45- 59.

Chapman, A., & Rosenthal, Z. (2016). *Managing therapy-interfering behavior*. Washington: The American Psychological Association.

Dimeff, L. & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Guilford Press.

Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C., Schneider,

اثربخشی این درمان بر روی رفتار خودکشی می‌گردد(راتوس و همکاران، ۲۰۰۷، صص. ۹۰-۹۸).

به اعتقاد لینهان رفتار خودکشی نوعی مشکل در فرآیند حل‌مسأله است که در رفتاردرمانگری دیالکتیک با تأکید بر فرآیند مسأله‌گشایی، بر درک و پذیرش مشکل بیمار و ایجاد و اجرای راه‌حل‌های جایگزین تمرکز می‌گردد. تحلیل رفتاری و تحلیل‌راه‌حل از راهبردهای رفتاردرمانگری دیالکتیک در این حیطه است که در تحلیل رفتاری با شناسایی رفتارهای تسریع‌کننده، مستعدکننده و تقویت‌کننده بروز رفتار خودکشی عوامل اثرگذار بر آن شناسایی می‌گردد و در تحلیل‌راه‌حل برای هر یک از رفتارهای مذکور راهکار کارآمدی شناسایی و استفاده می‌گردد(ون دیجکت، ۲۰۱۲، صص. ۲۲۶-۱۷۵).

انعطاف‌پذیری این درمان، استفاده همزمان از چند روش درمانگری مختلف نظیر توانش‌آموزی، مشاوره تلفنی، گروه درمانگری، سلسله‌مراتب داشتن ساختار جلسات براساس شدت و تهدیدکنندگی رفتار هدف، شناسایی برانگیزاننده‌ها در رفتارهای ناکارآمد و تثبیت‌کننده‌های این رفتارها و آماج درمان قرار دادن این عوامل، از علل اصلی اثربخشی بالای این درمان می‌باشد. در نهایت رفتاردرمانگری دیالکتیک با استفاده از راهبردهای زیربنایی خود موجب تعمیم‌دهی بالای توانش‌های یادگرفته شده به محیط خارج از درمان می‌گردد. نتایج اثربخشی مناسب این پژوهش می‌تواند انگیزه‌ای برای درمانگران جهت استفاده از این روش در مراکز بالینی باشد. با این حال محدودیت اصلی پژوهش حاضر، ناتوانی در اندازه‌گیری میزان تأثیر دارو درمانگری بر نتیجه پژوهش بود و همچنین این امر که پژوهش فقط بر روی دختران گروه سنی نوجوان اجرا گردید، بنابراین پیشنهاد می‌شود این درمان جهت افزایش تعمیم‌پذیری نتایج در گروه‌های سنی دیگر و همچنین در پسران نیز اجرا گردد.

منابع

اسوالز، میکلا و هیرد، هیدی (۱۳۹۴). *رفتاردرمانگری دیالکتیک*. (عزیزه. عزیزه، ترجمه). تهران: ساوالان. (انتشار اصلی ۲۰۰۹).

پور حسین، رضا؛ عزتی، نسیم؛ و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی روش مرور خویشتن بر افکار خودکشی و رنجش در نوجوانان دختر بزهکار. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۵(۵۷)، صص. ۹-۱۰.

- Technologies in Health*, 12(3), PP 177-178
- Paris, J. (2014). *A history of research on borderline personality disorder in childhood and adolescent: handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. Toronto: Hogrefe and Huber.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas, H., & Miller, A. (2011). Adapting dialectical behavior therapy for children: towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviors. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(4), pp. 21-29.
- Rajalin, M., Wickholm, p. L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 23(4), PP. 80-95.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). *Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescent: suicide and life-threatening behavior*. New York: Guilford Press.
- Rathus, J. H., Miller, A., & Linhan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. (2015). *DBT skills manual for adolescent*. New York: Guilford Press.
- Schuppert, M. (2012). Symptoms of borderline personality disorder, assessment, treatment: a naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 51(11), pp. 78-111.
- Sharp, C., & Tachett, J. L. (2014). *Borderline personality disorder in children and Adolescents*. New York: Springer.
- Vandijk, S. (2012). *DBT made simple*. New York: New Harbinger.
- Vangoet hem, A., Mulders, D., DeJung, J., Arntz, A., & Egger, j. (2015). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 12(2), PP. 96-109.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive Behavior Practic*, 15(7), pp. 32-48.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford, R. D., silk, K. (2006). Prediction of the 10-year course of bordenline personality disorder. *Cognitive Behavior Practic*, 15(12), 48-61.
- C., & schulz, E. (2011). Dialectical behavior therapy for adolescents: a clinical trial for pations with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one year follow-up. *Journal of Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 5(3), pp. 104-126.
- Hagen, S., Woods, C., Chung, G., & Beeber, L. (2014). benefit of dialectical behavioral therapy for adolescents receiving treatment for borderline personality disorder traits: implications for psychiatric nurses. *Child and Adolescent Mental Heaith*, 10(1), pp. 13-17.
- Haley, C., & Hughes, L. G. (2010). *Adolescent suicide attempters*. New York: Fair Winds Press.
- Harvey, P. & Rathbone, B. H. (2013). *Dialectical behavior therapy for at-risk adolescents*. New York: Harbinger.
- Hollenbaugh, M. H., Lewis, S. M. (2018). *Dialectical behavior therapy with adolescents*. New York: The Guilford Press.
- King, C. A., Foster, C., & Ewell, K. M. (2013). *Teen suicide risk: a practitioner guide to screening, assessment and management*. New York: The Guilford Press.
- Law, K. C., Khazem, L. R., & Anestis, M. D. (2015). The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideaion to action framework. *Current OpinioN in Psychology*, 3(14), PP. 48-63.
- Leg, R. C., & Nock, M. K. (2014). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 11(5), PP. 54-69.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(2), PP. 46-56.
- Linehan, M. M (1993). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. New York: Gilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. L., & Heard, H. L. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up dialectical behavior therapy vs therapy by epters for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), pp. 14-22.
- Linhan, M. M., Korslund, E. K., & Harned, M. S. (2015). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *American Medical Association*, 10(11), pp. 16-29.
- Mckay, M., Wood, D. J., & Brantly, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. New York: Harbinger.
- Moore, M. M. (2012). *Posttraumatic growth among parent survivors of Suicide* (Doctoral dissertation). The college of arts and sciences, Ohio.
- Mujoomdar, M., Cimon, K., & Nkansah, E. (2010). Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness. *Canadian Agency for Drugs and*