

Research Paper

Investigating the Efficacy of a Dialectical Behavioral Therapy-Based Parenting Intervention: A Randomized Controlled Trial



Fatemeh Nazari¹ , *Maryam Bakhtiyari¹ , Mahdiyeh Golestani Fard² , Amir Sam Kianimoghadam¹ , Banafsheh Mohajerin Irvani¹ , Hojjatollah Farahani³

1. Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Taleghani Hospital Research Development Unit, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.
2. Department of Psychiatry, Clinical Research Development Unit of Loghman Hakim Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.



Citation Nazari F, Bakhtiyari M, Golestani Fard M, Kianimoghadam AS, Mohajerin Irvani B, Farahani H. [Investigating the Efficacy of a Dialectical Behavioral Therapy-Based Parenting Intervention: A Randomized Controlled Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4377.3

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4377.3>

Received: 15 Sep 2024

Accepted: 20 Jan 2025

Available Online: 16 Apr 2025

ABSTRACT

Objectives The present study aimed to investigate the effectiveness of a dialectical behavioral therapy (DBT)-based parenting intervention on the primary caregivers of adolescents with self-harm behavior, living in Tehran Province, Iran.

Methods This is a randomized clinical trial with a pre-test-post-test design. A total of 32 eligible dyads (parent and adolescent) were selected via a convenience sampling method and were randomly assigned to either a DBT-based parenting intervention or a control (waiting list) group. Adolescents did not receive any treatment as part of the study. The scales included the difficulty in emotion regulation scale (DERS); parenting style and dimensions questionnaire (PSDQ); depression, anxiety, and stress scale-21 (DASS-21); five-facet mindfulness questionnaire; conflict behavior questionnaire; and caregiver strain questionnaire-short form 11. Quade nonparametric analysis of covariance (ANCOVA) was used to analyze data.

Results The results of the quade nonparametric ANCOVA showed a significant difference in authoritative parenting style, depression and anxiety symptoms, caregiver strain for the caregivers' group, as well as a statistically significant reduction in risk of suicide, conflict behavior with parent, depression and anxiety symptoms for adolescents' group between the experimental and control groups ($P < 0.05$).

Conclusion Therefore, we conclude that the DBT-based parenting intervention can be used as an independent or complementary treatment along with dialectical behavior therapy for adolescents with self-harm behaviors.

Key words:

Dialectical behavior therapy, Parenting, Self-harm behavior, Adolescents, Suicide

* Corresponding Author:

Maryam Bakhtiyari, Professor.

Address: Department of Clinical Psychology, Taleghani Hospital Research Development Unit, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 2777387

E-mail: maryam_bakhtiyari@sbmu.ac.ir



Copyright © 2025 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Self-harm refers to intentional self-poisoning or self-injury, regardless of suicidal motive or level of suicidal intent [1], which is often used as a coping mechanism to resolve a difficult situation and can have functions such as emotion regulation, pain level regulation, or self-punishment [2]. Self-harm is a broader concept that includes some degrees of intentionality and ranges from suicidal attempts to non-suicidal self-injury (NSSI) [3]. Adolescent self-harm is a leading public health problem. The results of a study that was conducted on the high schools of the north of Iran show that the prevalence of self-harm was 54.9% (20.3% in females and 79.7% in males) [5]. Currently, dialectical behavior therapy (DBT) is the only format of psychotherapy that has been confirmed to decrease self-harm in adolescents [9]. However, in a study conducted in Norway, the mean number of self-harm behaviors during a 19-week treatment and the one-year follow-up period was 9 and 5.5, respectively, indicating that some participants continued to self-harm even when they were receiving treatment [7, 11]. Therefore, it seems that there is a need to increase the effectiveness of DBT for adolescents.

The results of the studies indicate that parenting styles play a major role in the formation and continuation of psychological problems of children and adolescents [12]. Since DBT is a treatment with strong evidence for improving emotion regulation, researchers have begun to examine how it can not only enhance psychopathology in adult patients but also improve parenting skills toward the goal of reducing psychopathology of adolescents [15]. In this regard, Berk et al. designed a parent-only DBT-based parenting intervention using the “walking the middle path skills” module from the DBT Skills Manual for Adolescents. This intervention is used as individual sessions for parents to provide the possibility of in-depth training of skills as well as implementation according to the special needs of each family [6].

Methods

The present study is a randomized clinical trial. The study inclusion criteria were as follows: Being 11-18 years old for adolescents and 30-50 years old for primary caregivers, the adolescent has attempted suicide or NSSI at least once in the past 3 months, having at

least a high school diploma for the primary caregiver and not receiving any simultaneous treatment (psychological and pharmaceutical) by caregivers and adolescents. According to the inclusion criteria, 32 pairs (primary caregiver and adolescent) referred by a psychiatrist at Luqman Hospital through convenience sampling were randomly assigned to the experimental and control groups. Adolescents did not receive any treatment as part of the study. The caregivers in the experimental group received an 8-session parenting intervention by a PhD student in clinical psychology under supervision.

The participants who were in the control group were placed on the waiting list and received DBT-based parenting intervention from another therapist after completing the study. Both parents were encouraged to attend the sessions. However, if both parents could not attend, one parent was allowed to participate. The data were collected from both caregivers and adolescents at the baseline and post-test phases using the difficulty in emotion regulation scale (DERS); parenting style and dimensions questionnaire (PSDQ); depression, anxiety, and stress scale-21 (DASS-21); five-facet mindfulness questionnaire (FFMQ); conflict behavior questionnaire (CBQ); and caregiver strain questionnaire-short form 11 (CGSQ-SF11). Then the obtained data were analyzed at descriptive and inferential levels. In the descriptive section, indicators such as mean and standard deviation were reported. Also, the assumptions of the covariance test (homogeneity of variances) were examined to analyze the main relationships between groups. However, the relevant tests were all significant in the present study, so the quade nonparametric analysis of covariance (ANCOVA) was used to analyze the dependent variables. The significance level in all the above cases is 0.05, and all analyses were performed using SPSS software, version 27.

Results

The results related to the demographic characteristics of the participants showed that the average age in the experimental group was 15.31 in adolescents and 41.43 in primary caregivers. Also, the average age in the adolescent control group was 15.43 and 41.75 in the primary caregivers. About 50% of adolescents in both experimental and control groups had a history of NSSI. Also, 100% of adolescents in the control and experimental groups attempted suicide, but 23.5% of participants in the experimental group and 31.3% of the control group reported previous suicide attempts.

Table 1. Quade nonparametric ANCOVA test for the effectiveness of parenting intervention on adolescent variables

Variables		Mean±SD		F	P
		Baseline	Post-test		
DASS-21	Depression	15.43±4.22	11.37±3.77	16.33	<0.001
	Anxiety	12.50±5.01	7.12±4.34	48.39	<0.001
	Stress	16.25±4.37	10.62±4.86	37.32	<0.001
DERS		62.06±8.29	58.56±13.50	1.53	0.22
SIDAS		31.25±11.61	12.25±7.38	38.80	<0.001
CBQ		10.43±2.87	4.43±2.27	83.70	<0.001

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Abbreviations: ANCOVA: Analysis of covariance; DERS: Difficulty in emotion regulation scale; PSDQ: Parenting style and dimensions questionnaire; DASS-21: Depression, anxiety, and stress scale-21; FFMQ: Five-facet mindfulness questionnaire; CBQ: Conflict behavior questionnaire.

Table 2. Quade nonparametric ANCOVA test for the effectiveness of parenting intervention on primary caregiver variables

Variables		Mean±SD		F	P
		Baseline	Post-test		
Parenting	Authoritative	46.75±5.02	59.06±10.33	38.14	<0.001
	Authoritarian	30.31±4.96	21.68±5.49	78.88	<0.001
	Permissive	17.50±2.39	14.87±3.39	4.008	0.054
FFMQ	Observing	62.06±8.29	58.56±13.50	1.53	0.22
	Describing	27.5±2.43	27.68±3.23	0.51	0.47
	Aware	28.06±5.38	35.12±3.22	29.32	<0.001
	Non-judging	22.50±5.27	29.43±5.59	9.27	<0.001
	Non-acting	24.62±4.01	27.75±4.15	11.29	<0.001
	Total score	134.6±10.88	155.18±10.06	21.84	<0.001
DASS-21	Depression	6.18±4.86	5.75±4.40	4.94	0.034
	Anxiety	6.37±5.26	3.56±3.09	8.93	0.06
	Stress	9.43±4.42	3.43±3.11	58.30	<0.001
CGSQ		39.68±10.57	25.37±10.44	46.33	<0.001

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Abbreviations: ANCOVA: Analysis of covariance; DASS-21: Depression, anxiety, and stress scale-21; FFMQ: Five-facet mindfulness questionnaire; CBQ: Conflict behavior questionnaire; CGSQ: Caregiver strain questionnaire.

Participants of the experimental group reported no suicide attempt or NSSI, and only one uncompleted attempt and three NSSI cases were reported in the control group of adolescents. The results of quade nonparametric AN-COVA for the parent group showed that the observed differences in the averages of parenting styles (increasing the scores of authoritative parenting style and decreasing the scores of authoritarian parenting style), mindfulness (total score and components of observation, acting with awareness, non-judgment and non-reaction), DASS-21 (depression, stress) and caregiver strain between the two experimental and control groups are statistically significant. Also, the mentioned test was statistically significant for the DASS-21 variables (depression and anxiety, stress), SIDAS (suicide risk), and conflict behavior with the parent for the adolescent group. Still, there were no significant differences in the components of DERS of adolescents and permissive parenting style and anxiety score of primary caregivers compared to control groups (Tables 1 and 2).

Conclusion

The present study aimed to investigate the effectiveness of a DBT-based parenting intervention on primary caregivers of adolescents with self-harm behaviors. The results showed that the current parenting intervention was associated with reducing the stress and depression symptoms of primary caregivers, increasing the score related to authoritative parenting, and reducing the burden of strain on caregivers. Also, even though adolescents did not receive any intervention, their CBQ, SIDAS, and DASS-21 scores decreased significantly from the baseline to the end of the intervention. Reducing the symptoms of depression and stress, as well as increasing the mindfulness of parents in this study, are completely aligned with the skills and rules that are included in this intervention. For example, learning to have a dialectical and non-judgmental position towards themselves and their adolescents and using behavioral management skills to reduce behavioral problems can explain the observed changes. Also, learning how to make decisions using a wise mind versus an emotional mind, practicing mindfulness, and increasing the validation of themselves and their adolescents causes them to have more control over their responses to their adolescents.

The present study is the first to investigate the effectiveness of a DBT-based parenting intervention therapy with a control group. However, the findings of each research study should be considered, along with its limitations. Among the limitations of the current research, we can mention the small size of the sample and the selection of

participants from Tehran Province, making it difficult to generalize the findings to larger populations. The other limitation is the participation of one parent in the study. Therefore, it is recommended that future research overcome the limitations of the current study by increasing the size and diversity of the sample and implementing the intervention for both parents. Also, in the field of statistical analysis, future studies are suggested to identify the exact mediating mechanisms and paths through which the DBT-based parenting intervention has led to the mentioned changes in adolescents using the mediation analysis method.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Before the study, a written informed consent was obtained from the parents. The study was approved by the Ethics Committee of [Shahid Beheshti University of Medical Sciences](#) (Code: IR.SBMU.MSP.REC.1402.007), and was registered by the [Iranian Registry of Clinical Trials](#) (ID: IRCT20201009048974N6).

Funding

This article was extracted from the PhD thesis of Fatemeh Nazari at the Department of Clinical Psychology, [Shahid Beheshti University of Medical Sciences](#). This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization, writing, validation, and investigation, validation: Fatemeh Nazari; Supervision, review & editing: Maryam Bakhtiyari, Amir Sam Kianimoghadam, Banafshe Mohajerin, and Mahdieh Golestanifard; Methodology: Hojatollah Farahani.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences for their support, and all participants for their cooperation in the study.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی: کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی

فاطمه نظری^۱، مریم بختیاری^۱، مهدیه گلستانی فرد^۲، امیرسام کیانی مقدم^۱، بنفشه مهاجرین ابروانی^۱، حجت‌اله فراهانی^۲

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. گروه روانپزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Nazari F, Bakhtiyari M, Golestani Fard M, Kianimoghadam AS, Mohajerin Iravani B, Farahani H. [Investigating the Efficacy of a Dialectical Behavioral Therapy-Based Parenting Intervention: A Randomized Controlled Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4377.3

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4377.3>



تاریخ دریافت: ۲۵ شهریور ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۷ فروردین ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۲۹ مرداد ۱۴۰۴

اهداف هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی مراقبان اولیه نوجوانان دچار رفتار خودآسیب‌رسانی در استان تهران است.

مواد و روش‌ها مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون/پس‌آزمون است. ۳۲ زوج (مراقب اولیه و نوجوان) واجد ملاک‌های ورود به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش (دریافت مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی توسط مراقبان اولیه) و کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. در مطالعه حاضر نوجوانان هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها در دو دسته تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم مداخله بر روی مراقبان اولیه و نوجوانان جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های دشواری در تنظیم هیجان، پرسش‌نامه سبک‌ها و ابعاد فرزندپروری، مقیاس ۲۱ سؤال افسردگی، اضطراب و استرس، پرسش‌نامه پنج بعدی ذهن‌آگاهی، پرسش‌نامه رفتار تعارض و پرسش‌نامه کوتاه‌شده فشار مراقب بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس ناپارامتری چهارگانه استفاده شد.

یافته‌ها نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ناپارامتریک حاکی از تفاوتی معناداری در سبک فرزندپروری مقتدرانه، افسردگی و اضطراب، فشار مراقب برای گروه والدین بود. علاوه بر این متغیرهای مربوط به نوجوانان نیز نشانه‌های مانند افسردگی، اضطراب، شدت افکار خودکشی و رفتار تعارض با والدین بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر آماری تغییرات معناداری نشان دادند.

نتیجه‌گیری نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر سبک فرزندپروری، نشانه‌های استرس و افسردگی و ذهن‌آگاهی در مراقبان اولیه و همچنین شدت احتمال خودکشی، نشانه‌های اضطراب و افسردگی و رفتار تعارض در نوجوانان دچار رفتار خودآسیب‌رسان اثربخش است. بنابراین مداخله مذکور می‌تواند به‌عنوان یک درمان مستقل یا مکمل در کنار رفتار درمانی دیالکتیکی نوجوانان به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها:

رفتار درمانی دیالکتیکی،
فرزندپروری، رفتار
خودآسیب‌رسان، نوجوانان،
خودکشی

* نویسنده مسئول:

دکتر مریم بختیاری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بیمارستان طالقانی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۲۷۷۷۳۸۷ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: maryam_bakhtiyari@sbmu.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

رفتار خودکشی انجام شد، در پایان دوره ۱۲ هفته‌ای مطالعه، نوجوانانی که DBT دریافت کرده بودند در مقایسه با نوجوانانی که درمان معمول یا رایج آن اختلال^۴ (TAU) دریافت کردند، دفعات بستری کمتر و تکمیل درمان بالاتری را نشان دادند [۸].

بالین حال همچنان نیاز به شناسایی راه‌هایی جهت بهبود نتایج درمانی نوجوانان تحت درمان با DBT-A وجود دارد. در همین راستا می‌توان به نتایج مطالعه‌ای که در نروژ برای بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی برای نوجوانان خودآسیب‌رسان انجام شد اشاره کرد. در مطالعه پیش‌گفت، میانگین دفعات رفتارهای خودآسیب‌رسان در شرایط درمان ۱۳ هفته‌ای و دوره ۱ ساله پیگیری به ترتیب برابر با ۳ و ۵/۵ بود که نشان می‌دهد تعدادی از شرکت‌کنندگان حتی پس از تکمیل درمان به رفتار خودآسیب‌رسان مکرر خود ادامه داده‌اند [۹، ۱۲]. بنابراین شناسایی عواملی که به ارتقای اثربخشی این درمان کمک کنند از اهمیت بسزایی برخوردار است.

نتایج مطالعات حاکی از این هستند که شیوه‌های فرزندپروری نقش عمده‌ای در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان دارند. درواقع فرض می‌شود فرزندپروری خشن^۵ ممکن است از طریق مکانیسم‌هایی مانند شکل‌گیری الگوهای شناختی منفی و مشکل در تعاملات اجتماعی بر افسردگی نوجوانان تأثیر بگذارد [۱۳]. در همین راستا ویدیک و همکاران نیز در مطالعه‌ای احساسات ابراز شده والدین (انتقاد والدین و درگیری بیش از حد هیجانی) را در رابطه با خودجرحی در نوجوانان بررسی کردند. این ارتباط معنی‌دار بود؛ به‌ویژه انتقاد و خصومت والدین به‌شدت با افکار و رفتار خودآسیب‌رسان ارتباط داشت [۱۴]. به‌طور مشابه، پولک و همکاران نیز چنین استدلال کردند که افراد خودآسیب‌رسان ممکن است در درازمدت از نظر هیجانی به اندازه کافی تغذیه نشده باشند و نتایج حاکی از آن بود که سبک فرزندپروری مستبدانه و قوانین بیش از حد سخت‌گیرانه که به‌عنوان شاخص‌های تغذیه هیجانی^۶ می‌باشند، رفتار خودآسیب‌رسان را پیش‌بینی می‌کنند [۱۵].

باتوجه به تمام این یافته‌ها، ایده الهام‌بخشی میلر و همکاران بیان کردند که به موجب آن تغییر یا تعدیل سبک‌های فرزندپروری، به‌ویژه سبک‌های افراطی، صرف‌نظر از علل اولیه آن می‌تواند به کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان منجر شود، زیرا سبک‌های فرزندپروری افراطی معمولاً نه‌تنها برای نوجوانان، بلکه برای والدین آن‌ها نیز به‌عنوان عوامل استرس‌زا عمل می‌کنند [۱۶]. لینهان پیشنهاد می‌کند که بدتنظیمی هیجانی (که اغلب به‌صورت علائم افسردگی آشکار می‌شود) و خودبی‌اعتبارسازی (به‌عنوان مثال، انتقاد از خود) به هم مرتبط هستند و NSSI

خودآسیب‌رسانی صرف‌نظر از انگیزه یا میزان قصد خودکشی به مسمومیت عمدی یا آسیب رساندن به خود اشاره دارد [۱]. که در اغلب موارد به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای برای حل موقعیت‌های دشوار استفاده می‌شود و می‌تواند کارکردهایی از قبیل تنظیم هیجان، تعدیل میزان درد یا خودتنبیهی داشته باشد [۲]. درواقع خودآسیب‌رسانی یک مفهوم گسترده‌تری بوده که شامل درجاتی از عمدی بودن است و از اقدام به خودکشی تا خودجرحی غیرخودکشی‌گرایانه را دربر می‌گیرد [۳]. خودجرحی، داشتن افکار خودکشی و اقدام به خودکشی از جمله نگرانی‌های عمده سلامت روان برای نوجوانان در جهان است. در همین راستا بیان می‌شود که خودکشی عامل اصلی مرگ‌ومیر در نوجوانان دختر و سومین علت مرگ‌ومیر نوجوانان پسر در سراسر جهان است [۴، ۱]. علاوه بر این نتایج مطالعه دیگری که برای بررسی شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسانی در دبیرستان‌های شمال ایران انجام شده است، حاکی از شیوع ۵۴/۹ درصدی رفتارهای خودآسیب‌رسان است که ۲۰/۳ درصد آن مربوط به دختران و ۷۹/۷ درصد در پسران برآورد شده است [۵].

علی‌رغم شدت مسئله تعداد رویکردهای درمانی مؤثری که برای آن وجود دارد بسیار محدود است [۶]. در حال حاضر رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) رویکردی است که پشتوانه پژوهشی لازم برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسانی در نوجوانان را دارد [۷-۹]. DBT در ابتدا با هدف درمان زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در معرض خودکشی بودند طراحی شد، اما بعدها برای درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی مورد استفاده و اقتباس قرار گرفته است؛ در نتیجه به‌عنوان یک مداخله فراتشخیصی، به‌ویژه برای مراجعینی که درمان آن‌ها دشوار است، مفهوم‌سازی شده است [۱۰].

علاوه بر این میلر و همکاران شکلی از این رویکرد را برای نوجوانانی که پرداختن به افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان جز اهداف اولیه درمان آن‌ها است طراحی کردند. رفتار درمانی دیالکتیکی^۲ (DBT-A) [۸] که از آن به‌عنوان درمانی با پشتوانه تجربی بسیار قوی برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان یاد می‌شود [۱۱]. در همین راستا مک کاولی و همکاران، یک کارآزمایی بالینی تصادفی را در چهار مرکز پزشکی دانشگاهی شامل ۱۷۶ نوجوان انجام دادند و مزایای قابل‌توجهی برای DBT در مقایسه با درمان‌های حمایتی فردی و گروهی در زمینه کاهش اقدام به خودکشی و خودجرحی غیرخودکشی‌گرایانه^۳ (NSSI) یافتند [۷]. همچنین در مطالعه‌ای دیگر که برای بررسی اثربخشی DBT در درمان نوجوانان دچار

4. Treatment As Usual (TAU)

5. Harsh parenting

6. Emotional nurturance

1. Dialectical Behavioral Therapy (DBT)

2. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A)

3. Non-Suicidal Self Injury (NSSI)

باتوجه به اینکه تا به حال فقط یک مطالعه اولیه و بدون گروه کنترل به منظور ارزیابی پروتکل مذکور اجرا شده است، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در مراقبان اولیه نوجوانان دچار رفتار خودآسیب‌رسان در استان تهران است. فرض پژوهش حاضر بر این قرار است که مداخله مذکور باعث تقویت سبک فرزندپروری مقتدرانه، کاهش علائم اضطراب و افسردگی، کاهش فشار مراقبت و افزایش میزان ذهن‌آگاهی در مراقبان اولیه خواهد شد. همچنین فرض داریم مداخله فرزندپروری به طور غیرمستقیم به کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان، علائم اضطراب و افسردگی، بهبود بدتنظیمی هیجانی و کاهش رفتار تعارض در نوجوانان منجر خواهد شد.

روش

روش اجرا

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. طرح تحقیق پژوهش مذکور از نوع دوگروهی همراه با سنجش پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه (آزمایش و کنترل) است. جامعه آماری این مطالعه کلیه مراقبان اولیه نوجوانان دچار رفتارهای خودآسیب‌رسانی بودند که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ به بیمارستان لقمان شهر تهران مراجعه کرده بودند. پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، روانپزشک مستقر در بیمارستان لقمان از بین نوجوانانی که اخیراً به علت اقدام به خودکشی در بیمارستان لقمان بستری شده بودند، اطلاعات تماس افرادی را که (هم نوجوان و هم والدین) تمایل به شرکت در مطالعه حاضر داشتند را در اختیار نویسنده اول قرار داد. پس از آن طی جلسه‌ای آنلاین و به منظور رعایت کدهای اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اطلاعاتی درمورد پژوهش (تعداد جلسات، طول مدت آن و ساختار هر جلسه)، تصادفی‌سازی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که بخواهند داده شد و رضایت آگاهانه (هم از مراقبان اولیه و هم از نوجوانان) اخذ شد. از میان افراد ارجاع داده شده، ۳۲ زوج (مراقب اولیه و نوجوان) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۶ زوج در هر گروه) قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر نوجوانان هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مراقبان اولیه‌ای که در گروه آزمایش قرار گرفتند، مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی را طی ۸ جلسه ۱ ساعت‌ونیم آنلاین که به صورت جلسات فردی هفتگی توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دوره‌دیده در زمینه رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی و تحت نظارت استاد راهنما برگزار می‌شد دریافت کردند. مداخله فرزندپروری حاضر به صورت کلی ۱۰ جلسه است اما باتوجه به اینکه محتوای اصلی در ۵ جلسه

را پیش‌بینی می‌کنند. لنینان همچنین بیان می‌کند که هم بی‌اعتبارسازی خود و اختلال در تنظیم هیجان با یک محیط خانوادگی بی‌اعتبارکننده مرتبط هستند و احتمالاً ترکیبی از محیط خانوادگی بی‌اعتبارکننده، انتقاد از خود و علائم افسردگی خطر NSSI را افزایش می‌دهد [۱۷]. بنابراین بهبود کیفیت تعاملات خانوادگی به طور بالقوه یک هدف مهم برای هر مداخله DBT در نظر گرفته می‌شود [۱۸].

شواهد رو به افزایشی وجود دارد مبنی بر اینکه توانایی تنظیم هیجان یک عامل کلیدی در فرزندپروری مؤثر است. والدینی که در تنظیم هیجان خود دچار مشکل هستند، بیشتر مستعد استفاده از روش‌های طردکننده یا منفی فرزندپروری و در نهایت بدرفتاری هستند [۱۹]. درواقع بدتنظیمی هیجانی و فرزندپروری ضعیف والدین با اختلالات هیجانی بیشتر در فرزندان آن‌ها مرتبط است [۲۰]. علاوه بر این، والدین مراقبان با حذف وسایل کشنده از خانه، نظارت دقیق بر نوجوانان و جست‌وجوی خدمات اورژانسی در صورت نیاز نقش مهمی در حفظ ایمنی نوجوانان خودکشی‌گرا دارند [۶]. در حال حاضر، رویکردهای مبتنی بر شواهد موجود برای نوجوانان مبتلا به رفتارهای خودآسیب‌رسان، والدین را به روش‌های مختلفی مانند جلسات جانبی والدین، جلسات خانواده درمانی، جلسات گروهی چند خانواده و مربیگری تلفنی والدین درگیر می‌کند، اما مداخلاتی متمرکز بر مهارت فرزندپروری و تنظیم هیجان خود والدین نیستند [۲۱].

از آنجایی که DBT درمانی است که دارای شواهدی قوی برای بهبود تنظیم هیجان است، محققان به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که چگونه این رویکرد می‌تواند نه تنها در بهبود آسیب‌شناسی روانی در بیماران بزرگسال (مراقبان اولیه)، بلکه در بهبود مهارت‌های فرزندپروری آن‌ها در راستای هدف کاهش آسیب‌شناسی روانی در فرزندان کمک کند [۲۲]. اگرچه مهارت‌های DBT یک مداخله فرزندپروری نیست، اما کاربرد آموزش مهارت‌های DBT به والدین توجه بالینی را به خود جلب کرده است. در همین راستا برک و همکاران در سال ۲۰۲۰ یک مداخله مبتنی بر DBT برای والدین نوجوانانی که رفتار خودآسیب‌رسان دارند طراحی کردند. این مداخله ۸-۱۰ جلسه‌ای که براساس مازول راه رفتن در مسیر میانه از کتابچه راهنمای مهارت‌های DBT نوجوانان طراحی شده است و به صورت جلسات فردی برای والدین به کار برده می‌شود تا امکان آموزش عمیق مهارت‌ها و همچنین اجرای متناسب با نیازهای ویژه هر خانواده فراهم آید. مشابه سایر کتابچه‌های راهنما که بر آموزش رفتاری والدین تمرکز دارند، مداخله مذکور دو هدف اصلی دارد: ۱. بهبود رابطه والدین با نوجوانان و افزایش اعتباردهی در والدین ۲. استفاده از موضع غیرقضاوتی نسبت به نوجوان و ۳. افزایش استفاده از مهارت‌های فرزندپروری توسط والدین [۶].

جدول ۱. مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسه	دستورالعمل جلسه
۱	جلسه اول شامل آموزش مدل زیست اجتماعی رفتار درمانی دیالکتیکی و همین‌طور فرضیات این درمان به والدین است. این اصول به‌طور معمول در جلسه اول آموزش داده می‌شوند و چارچوبی نظری برای مهارت‌هایی که در ادامه قرار است آموزش داده شوند فراهم می‌کنند و یک موضع غیرقضاوت‌گراانه نسبت به فرد خودکشی‌گرا ایجاد می‌کنند. این جلسه همچنین بر جلب تعهد والدین به درمان، روشن کردن اهداف فرزندپروری آن‌ها و برنامه‌ریزی ایمنی (به‌عنوان مثال، حذف وسایل کشنده، نظارت دقیق بر نوجوانان و خدمات اورژانس‌هایی که می‌توانند به آن‌ها دسترسی داشته باشند) متمرکز است.
۲	جلسه دوم بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی DBT (به‌عنوان مثال، سه حالت ذهنی، مهارت‌های «چه چیزی» و «چگونه») و نحوه اعمال آن‌ها در فرزندپروری و همچنین مراقبت از خود برای والدین متمرکز است. ذهن‌آگاهی که به‌عنوان آگاهی بدون قضاوت و توجه به لحظه حال تعریف می‌شود، به‌عنوان یک مهارت «هسته‌ای» DBT در نظر گرفته می‌شود و برای تنظیم هیجان نیز ضروری است. والدین تشویق می‌شوند تا آگاهی و توجه بدون قضاوت را به افکار، احساسات و رفتارهای نوجوان خود اعمال کنند تا توانایی آن‌ها در شناسایی دقیق احساسات فرزندشان را بهبود بخشند و قضاوت/انتقاد از فرزندشان و پاسخ‌های خودکار تکانشی به رفتارهای آن‌ها را کاهش دهند.
۳	جلسات ۳ تا ۵ مازول مهارت «گام برداشتن در مسیری میانه» را پوشش می‌دهد که به‌طور خاص برای DBT با نوجوانان ایجاد شده است تا به تعارض والدین/نوجوان رسیدگی کند و مهارت‌های فرزندپروری رفتاری را آموزش دهد. جلسه ۳ بر تفکر دیالکتیکی و حل مسئله (یعنی چگونگی در نظر گرفتن دیدگاه‌های مخالف و یافتن یک «مسیر میانی») و همچنین معضلات دیالکتیکی معمولی والدین/نوجوان (یعنی کم رنگ کردن رفتارهای مشکل‌ساز در مقابل بزرگ جلوه دادن مسائل معمول نوجوانان؛ وادار کردن به استقلال در مقابل پرورش وابستگی و بیش از حد سهل‌گیر بودن در مقابل بیش از حد سخت‌گیرانه رفتار کردن) متمرکز بود. آموزش روانی در مورد رفتارهای معمولی در مقابل رفتارهای غیرمعمول نوجوانان نیز برای کمک به والدین در حل این معضلات ارائه می‌شود.
۴	جلسه ۴ بر اعتباربخشی متمرکز است. والدین یاد می‌گیرند که چگونه با بیان اینکه احساسات، افکار و اعمال نوجوان‌شان باتوجه‌به موقعیت فعلی یا تجربیات گذشته معنادار است و اعتباربخشی به معنای توافق با احساسات یا رفتارهای مرتبط با آن نیست، به او اعتبار بخشند.
۵	استراتژی‌های مدیریت شرطی از جلسه ۵ شروع می‌شود که شامل تقویت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی، تنبیه و ایجاد یک برنامه مدیریت شرطی هستند.
۶-۱۰	جلسات باقیمانده (۶-۱۰) بر گسترش و اصلاح استراتژی‌های مدیریت شرطی، تمرین مهارت‌ها، بازنگری و خاتمه متمرکز می‌باشند. درمانگران موظف هستند در پایان هر جلسه چک‌لیستی از اجزای جلسه را تکمیل کنند که شامل موارد دستور کار برای هر جلسه (همان‌طور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است) و همچنین ساختار جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی (یعنی جلسه با تمرین ذهن‌آگاهی شروع شده و شامل بررسی کارت خاطرات، بررسی تکالیف و تعیین تکالیف جدید) می‌باشد.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

هم‌زمان شرکت نمی‌کردند. البته شرکت کنندگانی که داروی مورد استفاده‌شان حداقل ۲ ماه قبل از شروع مداخله به دُز درمانی اثبات شده بود وارد مطالعه می‌شدند. در صورتی که شرکت کنندگان تمایلی به ادامه پژوهش نداشتند، بیش از ۳ جلسه متوالی شرکت نمی‌کردند یا به دنبال افزایش خطر خودکشی نیاز به ارجاع مجدد به روانپزشک و تغییر نوع و دُز داروی مورد استفاده داشتند از مطالعه خارج می‌شدند. به‌منظور ارزیابی خطر خودکشی در طول زمان مداخله به‌صورت هفتگی طی تماس کوتاهی با نوجوان خطر اقدام مجدد به خودکشی بررسی می‌شد.

ابزار پژوهش

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۷ (DERS)

این مقیاس شامل ۳۶ گویه است که عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در رفتار هدفمند، مشکلات کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر و عدم وضوح هیجانی را ارزیابی می‌کند [۲۳]. گویه‌ها به‌وسیله یک لیکرت ۵ تایی رتبه‌بندی می‌شوند. ضریب آلفای

7. Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS)

ابتدایی ارائه می‌شود و جلسات باقیمانده به اصلاح و تحکیم مهارت‌های آموزش داده‌شده اختصاص دارد، تعداد ۸ جلسه برای شرکت کنندگان مطالعه حاضر در نظر گرفته شد که در صورت نیاز ویژه برخی از مراقبان اولیه امکان برگزاری ۲ جلسه دیگر هم وجود داشت (جدول شماره ۱). شرکت کنندگانی هم که در گروه کنترل حضور داشتند در لیست انتظار قرار گرفتند و پس از اتمام مطالعه مداخله مذکور را توسط درمانگر دیگری دریافت کردند. به‌منظور جلوگیری از ریزش نمونه و حفظ انگیزه جهت شرکت در جلسات، تماس‌های تلفنی مستمری (هفته‌ای ۱ بار) با تمامی شرکت کنندگان برقرار شد.

معیارهای ورود مطالعه عبارت‌اند از: سن ۱۱-۱۸ برای نوجوانان و ۳۰-۵۰ سال برای مراقب اولیه، نوجوان طی ۳ ماه گذشته حداقل یک بار اقدام به خودکشی یا خودجرحی غیرخودکشی‌گرایانه کرده باشد، داشتن حداقل مدرک دیپلم برای مراقبان اولیه بودند. همچنین به‌منظور اطمینان از اینکه تغییرات ایجادشده در نمرات پس‌آزمون ناشی از مداخله فرزندپروری حاضر است، حداقل امکان شرکت کنندگان از بین افرادی انتخاب می‌شد که به دلایل مختلف (از جمله مشکلات مالی، عدم تمایل شخصی یا عدم دسترسی) در برنامه‌های درمانی (اعم از روان‌درمانی و دارودرمانی)

نتایج مطالعات حاکی از پایایی خوب مقیاس حاضر است (۰/۵۵) - (۰/۸۳) [۳۱، ۳۰].

پرسش‌نامه رفتار تعارض^{۱۰} (CBQ)

در نسخه اصلی CBQ که پرینز و همکاران در سال ۱۹۷۹ طراحی کرده‌اند، نسخه والدین دارای ۷۵ مورد و نسخه نوجوان دارای ۷۳ مورد است. یک فرم کوتاه‌شده ۲۰ گویه‌ای از آن وجود دارد که مواردی از CBQ اصلی را حفظ کرده و بیشتر تفاوت خانواده‌های مضطرب و غیرمضطرب دلالت دارد. این مقیاس با هدف اندازه‌گیری رفتار تعارض ارتباطی ادراک‌شده در خانه مورد استفاده قرار می‌گیرد و تخمینی کلی از میزان تعارض و ارتباطات منفی خانواده را ارائه می‌دهد. این ابزار از دو منبع بالقوه شکایت استفاده می‌کند: ۱. نارضایتی از رفتار شخص دیگر و ۲. ارزیابی تعاملات بین دو عضو. ضریب آلفا برای این دو مؤلفه به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۷۳ محاسبه شده است. در مطالعه حاضر از نسخه ۲۰ سؤالی نوجوان استفاده شده است.

پرسش‌نامه‌ی فشار مراقب- نسخه کوتاه^{۱۱} (CGSQ-SF11)

پرسش‌نامه CGSQ-SF11 یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که شامل ۱۱ گویه است که سطح تجربه فشار مراقبین در مراقبت از فرزندشان را ارزیابی می‌کند و یک نسخه کوتاه‌شده از ۲۱ مورد اصلی CGSQ است [۳۲]. گویه‌ها براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای که از ۱ (اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) متغیر است رتبه‌بندی می‌شوند. گویه‌های تشکیل‌دهنده در سه عامل جای می‌گیرند: فشار عینی، فشار درونی ذهنی و فشار بیرونی ذهنی [۳۳].

مقیاس ویژگی‌های افکار خودکشی^{۱۲} (SIDAS)

مقیاس ویژگی‌های افکار خودکشی مقیاسی نسبتاً جدید و مختصری است که برای اندازه‌گیری شدت افکار خودکشی طراحی شده است. این ابزار پنج گویه دارد که فراوانی افکار خودکشی، قابلیت کنترل، احتمال اقدام و همچنین پریشانی و تداخل در فعالیت‌های روزانه را براساس یک لیکرت ۱۰-۰ ارزیابی می‌کند [۳۴]. آلفای کرونباخ مقیاس مذکور در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۹۹ بود.

تحلیل آماری

داده‌های به‌دست‌آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی همچون میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد و در بخش استنباطی ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌ها پرداخته شد و بدین منظور برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف

کرونباخ که گراتز و رومر برای این ابزار به دست آوردند برابر با ۰/۹۳ است [۲۴]. در مطالعات ایرانی، همسانی درونی محاسبه‌شده با استفاده از آلفای کرونباخ برای تمامی خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ متغیر بوده است. علاوه‌براین، پایایی آزمون باز آزمون برای خرده‌مقیاس‌های مختلف از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ متفاوت بود [۲۵].

پرسش‌نامه سبک‌های فرزندپروری^۸ (PSDQ)

این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی ۳۲ سؤالی است که رابینسون و همکاران در سال ۲۰۰۱ برای اندازه‌گیری سبک‌های فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای طراحی کرده‌اند [۲۶]. پایایی گزارش‌شده برای فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۵ گزارش شده است. در مطالعه‌ای هم که در ایران اجرا شده است ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۰ محاسبه شدند. همچنین پایایی آزمون بازآزمون در مطالعه مذکور بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۷ متغیر بود [۲۷].

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ سؤالی (DASS-21)

این پرسش‌نامه یک ابزار ۴۲ سؤالی است که به‌دلیل قابلیت کاربرد آن در ارزیابی حوزه‌های مختلف حالات هیجانی منفی، به‌طور گسترده در بین گروه‌های مختلف جمعیتی و در محیط‌های مطالعاتی متنوع مورد استفاده قرار گرفته است [۲۸]. DASS-21 نسخه اختصاری DASS با ۷ گویه برای هر خرده‌مقیاس است. آلفای کرونباخ نسخه فارسی پرسش‌نامه برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ است. در مطالعه دیگری آلفای کرونباخ برای همه خرده‌مقیاس‌ها برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است. این مقادیر حاکی از آن هستند که نسخه‌های فارسی DASS-21 از سازگاری داخلی قابل‌قبولی برخوردار است [۲۹].

پرسش‌نامه پنج وجهی ذهن آگاهی^۹ (FFMQ)

جامع‌ترین و پرکاربردترین مفهوم‌سازی جنبه‌های ذهن آگاهی از پرسش‌نامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی حاصل شده است. FFMQ از طریق تجزیه و تحلیل عاملی از گویه‌های پنج پرسش‌نامه مختلف ذهن آگاهی به دست آمده و بنابراین نشان‌دهنده ادغام تجربی مبتنی بر مفهوم‌سازی‌های مختلف از ویژگی‌های ذهن آگاهی است. ابعاد این مقیاس شامل تمایل به مشاهده تجربه درونی و بیرونی (مشاهده کردن)، توصیف تجربیات درونی با کلمات (توصیف)، عمل با آگاهی در زمان حال، اتخاذ موضعی غیرقضاوتی نسبت به تجربیات درونی (عدم قضاوت) و اجازه به افکار و احساسات بدون تمرکز یا توضیح بیشتر بر روی آن‌ها (عدم واکنش) می‌باشند.

10. Conflict Behavior Questionnaire (CBQ)

11. Caregiver Strain Questionnaire-Short Form (CGSQ-SF11)

12. Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)

8. Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)

9. Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش نوجوانان به ترتیب ۱۵/۳۱، ۱/۸۵ و در گروه آزمایش مراقبان اولیه ۴۱/۴۳، ۴/۸۹ و همچنین در گروه کنترل نوجوانان ۱۵/۴۳، ۱/۵۴ و در گروه کنترل مراقبان اولیه ۴۱/۷۵ و ۳/۶۶ بود. ۵۰ درصد از نوجوانان در گروه آزمایش و کنترل سابقه NSSI داشتند. ۱۰۰ درصد از نوجوانان هم در گروه کنترل و هم آزمایش اقدام به خودکشی داشتند اما ۲۳/۵ درصد از شرکت کنندگان گروه آزمایش و ۳۱/۳ درصد از گروه کنترل اقدامات قبلی خودکشی را نیز گزارش کردند. در مطالعه حاضر اکثریت مراقبان اولیه مادران (۸۱/۲۵ درصد گروه کنترل و ۸۷/۵ درصد گروه آزمایش) و در مورد نوجوانان نیز بخش غالب شرکت کنندگان دختر بودند (۶۸/۷۵ درصد در گروه کنترل و ۷۵ درصد در گروه آزمایش). در ارتباط با وضعیت تحصیلی شرکت کنندگان، ۷۰/۶ درصد از مراقبان اولیه در گروه آزمایش و ۸۷/۵ درصد در گروه کنترل تحصیلات دیپلم داشتند. همچنین ۵۰ درصد از نوجوانان در گروه آزمایش و ۵۶/۳ درصد در گروه کنترل در مقطع متوسطه اول (هفتم، هشتم و نهم) مشغول به تحصیل بودند (جدول شماره ۲). آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش در جداول شماره ۳ و ۴ گزارش شده است.

اسمیرنف^{۱۳} استفاده شد که نتایج حاکی از توزیع نرمال آن‌ها بود ($P > 0/05$). همچنین پیش فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس (همگنی واریانس‌ها و شیب خط رگرسیون) با استفاده از آزمون F تعامل پیش آزمون و متغیر مستقل و لون^{۱۴} نیز مورد بررسی قرار گرفت، اما باتوجه به اینکه آزمون مذکور معنی دار بود ($P > 0/05$) فرض‌های حاضر تأیید نشد. بنابراین داده‌های پژوهش با استفاده از همتای ناپارامتریک تحلیل کواریانس^{۱۵} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی موارد فوق ۰/۰۵ بوده و تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۳۲ زوج (مراقب اولیه و نوجوان) حضور داشتند که ۱۶ زوج در هریک از گروه‌های آزمایش و کنترل بودند. به جز یک مورد در گروه آزمایش که هم پدر و هم مادر در جلسات حضور داشتند، همه مراقبان اولیه شرکت کننده در مطالعه تک والد بودند. نتایج مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد

13. Kolmogorov-Smirnov

14. Levene's test

15. Quade Nonparametric ANCOVA

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
سن	آزمایش	مراقبان اولیه	۳۳	۴۷
		نوجوانان	۱۲	۱۸
	کنترل	مراقبان اولیه	۳۶	۴۷
		نوجوانان	۱۳	۱۸
تعداد (درصد)				
متغیر	گروه	آزمایش	کنترل	
سطح تحصیلات	مراقبان اولیه	دیپلم	۱۲ (۷۰/۶)	۱۴ (۸۷/۵)
		فوق دیپلم	۱ (۵/۹)	۱ (۶/۳)
		لیسانس	۲ (۱۱/۸)	۱ (۶/۳)
	نوجوانان	فوق لیسانس	۱ (۵/۹)	۰ (۰)
		متوسطه اول	۸ (۵۰)	۹ (۵۶/۳)
		متوسطه دوم	۸ (۵۰)	۷ (۴۳/۸)
درصد				
متغیر	آزمایش	کنترل		
جنسیت	مراقب اولیه	۸۷/۵ (مادران)	مراقب اولیه	۸۱/۲۵ (مادران)
	نوجوان	۷۵ (دختر)	نوجوان	۶۸/۷۵ (دختر)

جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای مربوط به گروه نوجوانان

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار			
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون	کنترل	آزمایش
DASS-21	افسردگی	۱۶/۳۱ $\pm$ ۳/۴۵	۱۶/۱۸ $\pm$ ۳/۹۱	۱۱/۳۷ $\pm$ ۳/۷۷	۱۵/۴۳ $\pm$ ۴/۲۲
	اضطراب	۱۴/۵۰ $\pm$ ۴/۵۶	۱۳/۳۱ $\pm$ ۵/۳۲	۷/۱۲ $\pm$ ۴/۳۴	۱۲/۵۰ $\pm$ ۵/۰۱
	استرس	۱۶/۳۷ $\pm$ ۲/۳۰	۱۶/۰۶ $\pm$ ۲/۸۱	۱۰/۶۲ $\pm$ ۴/۸۶	۱۶/۲۵ $\pm$ ۴/۳۷
DERS	عدم پذیرش	۱۰/۴۳ $\pm$ ۲/۴۷	۱۰/۴۰ $\pm$ ۲/۴۹	۱۰ $\pm$ ۲/۴۷	۱۰/۷۳ $\pm$ ۲/۳۴
	فقدان آگاهی	۱۰/۲۱ $\pm$ ۳/۰۱	۱۰/۱۸ $\pm$ ۱/۹۵	۹/۱۲ $\pm$ ۲/۸۷	۹ $\pm$ ۰/۰۰
	عدم وضوح	۸/۷۸ $\pm$ ۲/۶۷	۸/۸۱ $\pm$ ۲/۲۹	۸/۳۷ $\pm$ ۲/۳۰	۱۶/۳۷ $\pm$ ۲/۳۰
	دشواری عمل هدفمند	۱۰/۱۸ $\pm$ ۲/۷۶	۱۰/۴۳ $\pm$ ۲/۶۹	۱۰/۲۵ $\pm$ ۲/۸۶	۱۱ $\pm$ ۲/۶۳
	دشواری در کنترل تکانه	۹/۶۵ $\pm$ ۲/۵۴	۱۰/۳۴ $\pm$ ۲/۶۲	۹/۶۸ $\pm$ ۲/۸۴	۱۱/۰۶ $\pm$ ۲/۷۹
	دسترسی محدود به راهبرد	۱۰/۹۰ $\pm$ ۳/۲۳	۱۱/۰۶ $\pm$ ۲/۸۹	۱۰/۹۳ $\pm$ ۳/۶۷	۱۱/۶۸ $\pm$ ۲/۶۷
	کل	۶۱/۶۸ $\pm$ ۱۰/۱۴	۶۰/۴۳ $\pm$ ۱۱/۰۷	۵۸/۵۶ $\pm$ ۱۳/۵۰	۶۲/۰۶ $\pm$ ۸/۲۹
SIDAS		۲۸/۶۲ $\pm$ ۷/۵۴	۳۷/۴۳ $\pm$ ۵/۷۹	۷/۳۸ $\pm$ ۱۲/۲۵	۱۱/۶۱ $\pm$ ۳۱/۲۵
CBQ		۱۰/۸۱ $\pm$ ۲/۹۴	۱۰/۸۱ $\pm$ ۳/۱۶	۴/۴۳ $\pm$ ۲/۲۷	۱۰/۴۳ $\pm$ ۲/۸۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در مراقبان اولیه نوجوانان دچار رفتارهای خودآسیب‌رسان بود. نتایج نشان داد مداخله فرزندپروری حاضر با کاهش میزان استرس مراقبان اولیه، افزایش نمره مربوط به فرزندپروری مقتدرانه و کاهش بار مراقبت در والدین همراه بود. همچنین علی‌رغم اینکه نوجوانان هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند نمرات آن‌ها در CBQ، SIDAS و DASS-21 کاهش معناداری نشان داده است. این نتایج همسو با مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰ با هدف ارزیابی مؤلفه گروهی مهارت DBT-A برای والدین انجام شد. در این مطالعه مؤلفه آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی به والدین نوجوانان خودآسیب‌رسان همراه با کاهش فشار، سوگ و استرس در والدین بود [۳۵]. علاوه بر این کاهش علائم اضطراب و استرس و همچنین افزایش ذهن‌آگاهی والدین در این مطالعه کاملاً همسو با مهارت‌ها و قواعدی است که در این مداخله گنجانده شده است. به‌عنوان مثال یاد گرفتن داشتن موضعی دیالکتیکی و غیرقضاوتی نسبت به خود و نوجوانان‌شان و استفاده از مهارت مدیریت شرطی برای کاهش مشکلات رفتاری می‌تواند

در فاصله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون که یک بازه تقریباً ۲ ماهه‌ای را به خود اختصاص می‌داد، اقدام به خودکشی مجدد در هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش گزارش نشد و فقط یک مورد اقدام ناموفق و سه مورد NNSI در گروه کنترل نوجوانان گزارش شد. نتایج تحلیل کواریانس ناپارامتریک برای گروه والدین نشان داد که تفاوت‌های مشاهده‌شده در میانگین‌های سبک‌های فرزندپروری (افزایش نمرات سبک فرزندپروری مقتدر و کاهش نمرات سبک فرزندپروری مستبدانه)، ذهن‌آگاهی (نمره کل و مؤلفه‌های مشاهده، عمل با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش)، DASS-21 (افسردگی و استرس) و فشار مراقب بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری معنادار است. همچنین آزمون مذکور برای متغیرهای DASS-21 (افسردگی و اضطراب، استرس)، خطر خودکشی و رفتار تعارض با والد برای گروه نوجوانان نیز از نظر آماری معنادار بود اما در ارتباط با مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجان (DERS) در نوجوانان و سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و اضطراب در مراقبان اولیه این معناداری گزارش نشد (جدول شماره ۵، ۶).

جدول ۴. یافته‌های توصیفی متغیرهای گروه والدین

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار			
		آزمایش		کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
فرزندپروری	مقتدر	۴۶/۷۵ $\pm$ ۵/۰۲	۵۹/۰۶ $\pm$ ۱۰/۳۳	۴۳/۱۸ $\pm$ ۵/۷۹	۴۳/۷۵ $\pm$ ۵/۵۵
	مستبد	۳۰/۳۱ $\pm$ ۴/۹۶	۲۱/۶۸ $\pm$ ۵/۴۹	۳۰/۱۲ $\pm$ ۵/۳۵	۳۰/۱۲ $\pm$ ۵/۲۲
	سهل‌گیر	۱۷/۵۰ $\pm$ ۲/۳۹	۱۴/۸۷ $\pm$ ۳/۳۹	۱۵/۷۵ $\pm$ ۳/۲۳	۱۵/۵۰ $\pm$ ۳/۳۸
FFMQ	مشاهده	۳۱/۲۵ $\pm$ ۴/۱۲	۳۵/۱۸ $\pm$ ۳/۸۵	۲۶/۶۸ $\pm$ ۳/۵۹	۲۶/۸۱ $\pm$ ۳/۶۵
	توصیف	۲۷/۵ $\pm$ ۲/۴۲	۲۷/۶۸ $\pm$ ۳/۲۳	۲۶/۶۸ $\pm$ ۳/۶۵	۲۶/۶۸ $\pm$ ۲/۴۴
	عمل با آگاهی	۲۸/۰۶ $\pm$ ۵/۳۸	۳۵/۱۲ $\pm$ ۳/۲۲	۲۲/۰۶ $\pm$ ۴/۲۹	۲۱/۸۷ $\pm$ ۴/۲۵
	عدم قضاوت	۲۲/۵۰ $\pm$ ۵/۲۷	۲۹/۴۳ $\pm$ ۵/۵۹	۲۲/۲۵ $\pm$ ۴/۳۱	۲۲/۰۶ $\pm$ ۳/۷۶
	عدم واکنش	۲۴/۶۲ $\pm$ ۴/۰۱	۲۷/۷۵ $\pm$ ۴/۱۵	۲۰/۵۰ $\pm$ ۴/۰۶	۲۰/۶۸ $\pm$ ۳/۸۷
	نمره کل	۱۳۴/۰۶ $\pm$ ۱۰/۸۸	۱۵۵/۱۸ $\pm$ ۱۰/۰۶	۱۱۸/۱۸ $\pm$ ۱۳/۴۲	۱۱۸/۱۲ $\pm$ ۱۲/۹۱
	افسردگی	۶/۱۸ $\pm$ ۴/۸۶	۵/۷۵ $\pm$ ۴/۴۰	۱۰/۵۰ $\pm$ ۴/۴۸	۱۱ $\pm$ ۳/۷۵
	اضطراب	۶/۳۷ $\pm$ ۵/۲۶	۳/۵۶ $\pm$ ۳/۰۹	۱۳/۶۸ $\pm$ ۵/۴۲	۱۴ $\pm$ ۵/۳۴
۲۱-DASS	استرس	۹/۴۳ $\pm$ ۴/۴۲	۳/۴۳ $\pm$ ۳/۱۱	۱۳/۲۶ $\pm$ ۳/۹۴	۱۳/۸۷ $\pm$ ۴/۱۶
	OGSQ	۳۹/۶۸ $\pm$ ۱۰/۵۷	۲۵/۳۷ $\pm$ ۱۰/۴۴	۴۱/۶۸ $\pm$ ۶/۲۵	۴۲/۱۲ $\pm$ ۵/۸۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

برنامه‌های فرزندپروری به صورت فردی و گروهی، اندازه‌های اثر متوسط تا بزرگ را برای کاهش مشکلات برونی‌سازی و یافته‌های متناقض و متوسط برای مشکلات درونی‌سازی نشان داده‌اند [۴۱، ۴۲]. با توجه به اینکه هر دو این مشکلات ریشه در عوامل خطر مشترک مانند فرزندپروری خشن، انتقادی، ناسازگار یا بی‌تفاوت دارند، مؤلفه‌های مشترک برنامه‌های فرزندپروری مؤثر شامل ایجاد رابطه‌ای مثبت بین والد و کودک همراه با پذیرش، گرمی، پاسخگویی و توجه، تعیین حد ثابت^{۱۶} و واضح و همچنین اصول رفتاری تقویت رفتارهای مطلوب همراه با تنبیه یا خاموشی مؤثر برای رفتارهای ناخواسته است [۴۳] که بخش قابل توجهی از مداخله فرزندپروری رفتار درمانی دیالکتیکی حاضر به پوشش مؤلفه‌های مذکور اختصاص یافته است.

تبیین‌کننده تغییرات مشاهده شده باشد. همچنین یادگیری چگونگی تصمیم‌گیری با استفاده از ذهن خردمند در مقابل ذهن هیجانی، تمرین ذهن‌آگاهی و افزایش اعتبار خود و نوجوانان‌شان ممکن است باعث شده باشد که مراقبان اولیه کنترل بیشتری را بر پاسخ‌های خود به نوجوانان داشته باشند.

علاوه بر این افزایش نمره مربوط به سبک فرزندپروری مقتدرانه و کاهش رفتار تعارض با والدین و علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان در مطالعه حاضر با نتایج مطالعات بروسوا و همکاران [۳۶]، هاتون و همکاران [۳۷] و وان‌ها و همکاران [۳۸] همسو است. در مطالعه‌ای که بروشکا و همکاران در سال ۲۰۱۴ انجام دادند، سبک فرزندپروری غالبی که در خانواده‌های نوجوانان دچار رفتارهای خودآسیب‌رسان وجود داشت با ارتباط سرد و بی‌ثباتی در کنترل مشخص می‌شد [۳۹]. در واقع آموزش رفتاری والدین که به عنوان آموزش مدیریت والدین نیز شناخته می‌شود، دارای پیشینه‌ای قوی است که اثربخشی آن را برای پیشگیری یا کاهش بسیاری از مشکلات رفتاری و عاطفی کودک نشان داده شده است [۴۰]. مطالعات فراتحلیل

جدول ۵. آزمون کوواریانس ناپارامتری چهارگانه برای اثربخشی مداخله فرزندپروری بر متغیرهای نوجوانان

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار		F	P
		پیش آزمون	پس آزمون		
DASS-۲۱	افسردگی	۱۵/۴۳ $\pm$ ۴/۲۲	۱۱/۲۷ $\pm$ ۳/۷۷	۱۶/۳۳	<۰/۰۰۱
	اضطراب	۱۲/۵۰ $\pm$ ۵/۰۱	۷/۱۲ $\pm$ ۴/۳۴	۴۸/۳۹	<۰/۰۰۱
	استرس	۱۶/۲۵ $\pm$ ۴/۳۷	۱۰/۶۲ $\pm$ ۴/۸۶	۳۷/۳۲	<۰/۰۰۱
DERS		۶۲/۰۶ $\pm$ ۸/۲۹	۵۸/۵۶ $\pm$ ۱۳/۵۰	۱/۵۳	۰/۲۲
SIDAS		۱۱/۶۱ $\pm$ ۳۱/۲۵	۷/۳۸ $\pm$ ۱۲/۲۵	۳۸/۸۰	<۰/۰۰۱
CBQ		۱۰/۴۳ $\pm$ ۲/۸۷	۴/۴۳ $\pm$ ۲/۲۷	۸۳/۷۰	<۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۶. آزمون کوواریانس ناپارامتری چهارگانه برای اثربخشی مداخله فرزندپروری بر متغیرهای مراقبان اولیه

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار		F	P
		پیش آزمون	پس آزمون		
فرزندپروری	مقتدر	۴۶/۷۵ $\pm$ ۵/۰۲	۵۹/۰۶ $\pm$ ۱۰/۳۳	۳۸/۱۴	<۰/۰۰۱
	مستبد	۳۰/۳۱ $\pm$ ۴/۹۶	۲۱/۶۸ $\pm$ ۵/۴۹	۷۸/۸۸	<۰/۰۰۱
	سهل گیر	۱۷/۵۰ $\pm$ ۲/۳۹	۱۴/۸۷ $\pm$ ۳/۳۹	۴/۰۰۸	۰/۵۴
FFMQ	مشاهده	۳۱/۲۵ $\pm$ ۴/۱۲	۳۵/۱۸ $\pm$ ۳/۸۵	۱۶/۲۰	<۰/۰۰۱
	توصیف	۲۷/۵۲ $\pm$ ۲/۴۲	۲۷/۶۸ $\pm$ ۳/۲۳	۰/۵۱	۰/۴۷
	عمل با آگاهی	۲۸/۰۶ $\pm$ ۵/۳۸	۳۵/۱۲ $\pm$ ۳/۲۲	۲۹/۳۲	<۰/۰۰۱
	عدم قضاوت	۲۲/۵۰ $\pm$ ۵/۲۷	۲۹/۴۳ $\pm$ ۵/۵۹	۹/۲۷	<۰/۰۰۱
	عدم واکنش	۲۴/۶۲ $\pm$ ۴/۰۱	۲۷/۷۵ $\pm$ ۴/۱۵	۱۱/۲۹	<۰/۰۰۱
	نمره کل	۱۳۴/۰۶ $\pm$ ۱۰/۸۸	۱۵۵/۱۸ $\pm$ ۱۰/۰۶	۲۱/۸۴	<۰/۰۰۱
	افسردگی	۶/۱۸ $\pm$ ۴/۸۶	۵/۷۵ $\pm$ ۴/۴۰	۴/۹۴	۰/۰۳۴
DASS-۲۱	اضطراب	۶/۲۷ $\pm$ ۵/۲۶	۳/۵۶ $\pm$ ۳/۰۹	۸/۹۳	۰/۰۶
	استرس	۹/۴۳ $\pm$ ۴/۴۲	۳/۴۳ $\pm$ ۳/۱۱	۵۸/۳۰	<۰/۰۰۱
OGSQ		۳۹/۶۸ $\pm$ ۱۰/۵۷	۲۵/۳۷ $\pm$ ۱۰/۴۴	۴۶/۳۳	<۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

با وجود این نمرات مربوط به بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان کاهش معناداری نیافته است که توضیحات متفاوتی چون حجم پایین نمونه، ناکافی بودن مداخله مذکور برای اثرگذاری بر توانایی تنظیم هیجان نوجوانان و عدم حساسیت ابزار انتخابی ممکن است برای آن وجود داشته باشد. درواقع مداخله فرزندپروری بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان مؤثر است اما برای تغییر در سازه تنظیم هیجان آن‌ها احتمالاً نیازمند تعدیلاتی در مداخله حاضر یا مداخله مستقیم بر نوجوانان است.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر اولین پژوهشی است که به بررسی اثربخشی مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی با گروه کنترل پرداخته است و نتایج حاکی از اثربخش بودن مداخله مذکور بود. با وجود این، یافته‌های هر پژوهش باید همراه با محدودیت‌های آن در نظر گرفته شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم پایین نمونه و همچنین انتخاب شرکت‌کنندگان از استان تهران اشاره کرد که می‌تواند قدرت تعمیم‌دهی یافته‌ها به جمعیت‌های بزرگتر، غیربالینی یا فرهنگ‌های دیگر را دچار مشکل سازد.

از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به حضور تک والد (فقط یک مورد بود که هم پدر و هم مادر در جلسات شرکت داشتند) در مطالعه اشاره کرد. درواقع در تعدادی از موارد والدی که رفتارهای فرزندپروری مشکل‌آفرین و همچنین مشکل در تنظیم هیجان بیشتری داشت حاضر به شرکت در مطالعه نبود. باتوجه به اینکه پیش‌فرض مداخله حاضر این است که از طریق بهبود تنظیم هیجان و تغییر سبک فرزندپروری والدین می‌توان به‌طور غیرمستقیم تنظیم هیجان و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان را مدیریت کرد، توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی با افزایش حجم و تنوع نمونه و اجرای مداخله برای هر دو والد یا والدی که براساس نتایج پرسش‌نامه‌ها و مصاحبه بالینگر مشکلات فرزندپروری و تنظیم هیجان بیشتری دارد بر محدودیت مطالعه فعلی غلبه کنند.

همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران با اجرای SCID تأثیر تشخیص‌های محور یک و دو شرکت‌کنندگان در میزان اثربخشی مداخله حاضر را ارزیابی کنند. علاوه بر این در ارتباط با کنترل درمان‌های دریافتی توسط نوجوانان در مطالعه حاضر سعی شد تا جایی که امکان دارد شرکت‌کنندگان از بین افرادی که به دلایل خاصی قادر به دریافت درمان‌های دیگر نبودند انتخاب شوند یا در صورت مصرف دارو باید حداقل ۲ ماه از رسیدن به دُز ثابت درمانی‌شان سپری می‌شد.

طبق نظریه سیستمی خانواده، خانواده‌ها فقط گروه‌هایی از افراد که در کنار هم زندگی می‌کنند نیستند بلکه سیستم‌هایی چندسطحی هستند که والدین در آن نقش‌های اساسی را به‌عنوان رهبر و مجری ایفا می‌کنند. درواقع همه افراد این سیستم به‌ویژه نوجوانان، تحت تأثیر هرگونه تغییر در هر عنصر سیستم قرار می‌گیرند. بنابراین فرض می‌شود رفتارهای فرزندپروری مثبت والدین با کاهش افسردگی، پرخاشگری و افکار خودکشی در نوجوانان مرتبط است [۴۴، ۴۵]. همچنین مدل‌های آسیب‌پذیری-استرس نیز وجود ارتباطی تعاملی بین عوامل محیطی و فردی را تأیید کرده و بیان می‌کند عوامل محیطی استرس‌زا مانند تعامل خانوادگی ناکارآمد احتمال اینکه افراد آسیب‌پذیر به‌منظور تحمل هیجانات شدید درگیر رفتارهای خودآسیب‌رسان شود را افزایش می‌دهد [۴۶، ۴۷].

مطالعات دیگری وجود دارد که نشان می‌دهد کیفیت روابط خانوادگی و سبک‌های فرزندپروری تأثیر زیادی بر وجود و فراوانی رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دارد. از آنجایی که نوجوانی دوره آسیب‌پذیری و آشفتگی است، هر دوی این عوامل به تحریک پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه تمایل دارند که می‌تواند مستقیماً به خودآسیب‌رسانی منجر شود [۴۸]. بتن و همکاران اشاره می‌کنند که حمایت عاطفی ناکافی از سوی والدین نه تنها به‌طور مستقیم بر وقوع خودآسیب‌رسانی تأثیر می‌گذارد، بلکه از طریق افزایش فراوانی افسردگی در نوجوانان، خطر چنین رفتارهایی را به‌طور غیرمستقیم افزایش می‌دهد. به‌عنوان مثال، والدین بسیار انتقادی احتمالاً خودانتقادی بیش از حد را در فرزندان خود پرورش می‌دهند که به‌نوبه خود ممکن است محرک رفتارهای خودآسیب‌رسان باشد [۴۹].

همچنین نتایج مطالعه حاضر حاکی از بالا رفتن نمرات ذهن‌آگاهی والدین می‌باشد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فرزندپروری ذهن‌آگاهانه که به توانایی داشتن توجهی غیرقضاوتی و متمرکز بر زمان حال در تعاملات والد-فرزند اشاره دارد به بهبود کیفیت رابطه‌ی والد و نوجوان منجر شده و با مشکلات رفتاری برونی و درونی‌سازی‌شده کمتری مانند اضطراب و افسردگی مرتبط است [۵۰-۵۲]. یکی از مکانیسم‌های تبیین‌کننده چنین تأثیری ممکن است عملکرد هیجانی والد در ارتباط با والد-فرزند باشد. درواقع فرزندپروری ذهن‌آگاهانه با واکنش‌پذیری هیجانی کمتر [۵۳]، هشیاری هیجانی بیشتر [۵۴] و بی‌ثباتی و بدتنظیمی هیجانی کمتری [۵۵] در والدین ارتباط دارد. به عبارت دیگر واکنش‌پذیری هیجانی کمتر در والدین ممکن است آن‌ها را قادر سازد تا در تعاملات فرزندپروری استرس‌زا بتوانند وقفه‌ای ایجاد کرده و در راستای ارزش‌ها و اهداف والدگری خود عمل کنند که به‌نوبه خود چنین چیزی رفتارهای مشکل‌آفرین نوجوان را کاهش می‌دهد.

باوجود این، باتوجه به مسائل اخلاقی و حساسیت کار کردن با جمعیت خودکشی‌گرا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به‌منظور کنترل تأثیر درمان‌های هم‌زمان، برای نوجوانان در گروه‌های آزمایش و کنترل نیز یک درمان در نظر بگیرند. در زمینه تحلیل آماری پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده از طریق آنالیز میانجی، مکانیسم‌ها و مسیرهای واسطه‌ای دقیقی که از طریق آن مداخله فرزندپروری مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی به تغییرات مذکور منجر شده است را شناسایی کنند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با شناسه اخلاق IR.SBMU.MSP. REC.1402.007 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین ثبت پروتکل مطالعه کار آزمایشی بالینی نیز با کد IRCT20201009048974N6 در مرکز ثبت کار آزمایشی بالینی ایران انجام شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری فاطمه نظری در گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، نگارش پیش‌نویس، تحقیق و بررسی، اعتبارسنجی و نهایی‌سازی و اجرا: فاطمه نظری؛ اعتبارسنجی، نظارت، بازنگری و ویراستاری: مریم بختیاری، امیرسام کیانی مقدم، بنفشه مهاجرین ایروانی و مهدیه گلستانی؛ روش‌شناسی: حجت‌اله فراهانی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت، همکاری و مساعدتشان در طول دوره پژوهش تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

- [1] Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012; 379(9834):2373-82. [DOI:10.1016/S0140-6736(12)60322-5] [PMID]
- [2] Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: An overview of systematic reviews. *F1000Research*. 2019; 8:890. [DOI:10.12688/f1000research.19506.1] [PMID]
- [3] Rogers J, Chesney E, Oliver D, Begum N, Saini A, Wang S, et al. Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2021; 30:e32. [DOI:10.1017/S2045796021000354]
- [4] Collaboration G. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. *JAMA Pediatrics*. 2016; 170(3):267. [DOI:10.1001/jamapediatrics.2015.4276] [PMID]
- [5] Abdollahi E, Kousha M, Bozorgchenani A, Bahmani M, Rafiei E, Eslamdoust-Siahestalkhi F. Prevalence of self-harm behaviors and deliberate self-cutting in high school students in Northern Iran and its relationship with anxiety, depression, and stress. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2022; 32(3):169-77. [DOI:10.32598/jhnm.32.3.2193]
- [6] Berk MS, Rathus J, Kessler M, Clarke S, Chick C, Shen H, et al. Pilot test of a DBT-based parenting intervention for parents of youth with recent self-harm. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2022; 29(2):348-66. [DOI:10.1016/j.cbpra.2020.10.001]
- [7] McCauley E, Berk MS, Asamow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(8):777-85. [DOI:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109] [PMID]
- [8] Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002; 32(2):146-57. [DOI:10.1521/suli.32.2.146.24399] [PMID]
- [9] Mehlum L, Tørmøen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. 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; 53(10):1082-91. [DOI:10.1016/j.jaac.2014.07.003] [PMID]
- [10] Zalewski M, Lewis JK, Martin CG. Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: Considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21:122-6. [DOI:10.1016/j.copsyc.2018.02.013] [PMID]
- [11] Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of dialectical behavior therapy versus treatment as usual for acute-care inpatient adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 59(1):149-56. [DOI:10.1016/j.jaac.2019.01.020] [PMID]
- [12] Mehlum L, Ramberg M, Tørmøen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 55(4):295-300. [DOI:10.1016/j.jaac.2016.01.005] [PMID]
- [13] Cole DA, Sinclair-McBride KR, Zerkowicz R, Bilsk SA, Roeder K, Spinelli TJ, et al. Peer victimization and harsh parenting predict cognitive diatheses for depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2016; 45(5):668-80. [DOI:10.1080/15374416.2015.1004679] [PMID]
- [14] Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 46(9):1171-8. [DOI:10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf] [PMID]
- [15] Polk E, Liss M. Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43(3):567-77. [DOI:10.1016/j.paid.2007.01.003]
- [16] Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press; 2006. [Link]
- [17] Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993. [Link]
- [18] Fruzzetti AE, Iverson KM. Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In: Snyder DK, Simpson J, Hughes JN, editors. *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*. New York: American Psychological Association; 2006. [DOI:10.1037/11468-012]
- [19] Crandall A, Deater-Deckard K, Riley AW. Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review*. 2015; 36:105-26. [DOI:10.1016/j.dr.2015.01.004] [PMID]
- [20] Zalewski M, Goodman SH, Cole PM, McLaughlin KA. Clinical considerations when treating adults who are parents. *Clinical Psychology*. 2017; 24(4):370. [DOI:10.1037/h0101745] [PMID]
- [21] Berk M. Evidence-based treatment approaches for suicidal adolescents: Translating science into practice. Washington: American Psychiatric Pub; 2019. [DOI:10.1176/appi.books.9781615379125]
- [22] Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 2016; 47:85-105. [DOI:10.1016/j.cpr.2016.04.002] [PMID]
- [23] Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3(3):243-8. [DOI:10.1016/j.jocrd.2014.06.001]
- [24] 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; 26(1):41-54. [DOI:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94]
- [25] Khanzadeh M, Saeedyan M, Hosseini M, Edrissi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6(1):87-96. [Link]
- [26] Robinson CC, Mandleco B, Olsen SF, Hart CH. The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). *Psychological Reports*. 1995; 77:819-30. [Link]
- [27] Aghajanzadeh Goodarzi M, Dehestani M. Parenting methods (PSDQ) in parents of children 7-11 years old in Mazandaran province. Paper presented at: Second International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences 2019. 2019 October 31; Tehran, Iran. [Link]

- [28] Thapa DK, Visentin D, Kornhaber R, Cleary M. Psychometric properties of the Nepali language version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Nursing Open*. 2022; 9(6):2608-17. [DOI:10.1002/nop2.959] [PMID]
- [29] Khademian F, Delavari S, Koohjani Z, Khademian Z. An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):1-7. [DOI:10.1186/s12889-021-10329-3] [PMID]
- [30] Carpenter JK, Conroy K, Gomez AF, Curren LC, Hofmann SG. The relationship between trait mindfulness and affective symptoms: A meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical psychology review*. 2019; 74:101785. [DOI:10.1016/j.cpr.2019.101785] [PMID]
- [31] Heydarinasab L. An investigation of the validity and reliability of psychometric characteristics of five facet mindfulness questionnaire in Iranian non-clinical samples. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7(3):229-37. [Link]
- [32] Brannan AM, Heflinger CA, Bickman L. The caregiver strain questionnaire: Measuring the impact on the family of living with a child with serious emotional disturbance. *Journal of emotional and behavioral disorders*. 1997; 5(4):212-22. [DOI:10.1177/106342669700500404]
- [33] Brennan GM, Babinski DE, Waschbusch DA. Caregiver Strain Questionnaire-ShortForm11 (CGSQ-SF11): A validation study. *Assessment*. 2022; 29(7):1351-70. [DOI:10.1177/1073191211015360] [PMID]
- [34] Harris K, Haddock G, Peters S, Gooding P. Psychometric properties of the Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) in a longitudinal sample of people experiencing non-affective psychosis. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):628. [DOI:10.1186/s12888-021-03639-8] [PMID]
- [35] Flynn D, Gillespie C, Joyce M, Spillane A. An evaluation of the skills group component of DBT-A for parent/guardians: A mixed methods study. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2023; 40(2):143-51. [DOI:10.1017/ipm.2019.62] [PMID]
- [36] Burešová I, Bartošová K, Čerňák MJP-s, sciences b. Connection between parenting styles and self-harm in adolescence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171:1106-13. [DOI:10.1016/j.sbspro.2015.01.272]
- [37] Cartwright-Hatton S, Ewing D, Dash S, Hughes Z, Thompson EJ, Hazell CM, et al. Preventing family transmission of anxiety: Feasibility RCT of a brief intervention for parents. *The British Journal of Clinical Psychology* 2018; 57(3):351-66. [DOI:10.1111/bjc.12177] [PMID]
- [38] Sim WH, Fernando LMN, Jorm AF, Rapee RM, Lawrence KA, Mackinnon AJ, et al. A tailored online intervention to improve parenting risk and protective factors for child anxiety and depression: Medium-term findings from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277:814-24. [DOI:10.1016/j.jad.2020.09.019] [PMID]
- [39] Burešová I, Bartošová K, Čerňák M. Connection between parenting styles and self-harm in adolescence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171:1106-13. [DOI:10.1016/j.sbspro.2015.01.272]
- [40] Michelson D, Davenport C, Dretzke J, Barlow J, Day C. Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013; 16(1):18-34. [DOI:10.1007/s10567-013-0128-0] [PMID]
- [41] Reading R. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomised controlled trials. *Child*; 2009; 35(4):589-90. [DOI:10.1111/j.1365-2214.2009.00987_6.x]
- [42] Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(1):86-104. [DOI:10.1016/j.cpr.2005.07.004] [PMID]
- [43] Vasilevska Petrovska I, Trajkovski V. Effects of a computer-based intervention on emotion understanding in children with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019; 49(10):4244-55. [DOI:10.1007/s10803-019-04135-5] [PMID]
- [44] You S, Lim SA. Development pathways from abusive parenting to delinquency: The mediating role of depression and aggression. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 46:152-62. [DOI:10.1016/j.chiabu.2015.05.009] [PMID]
- [45] Kingsbury M, Sucha E, Manion I, Gilman SE, Colman I. Adolescent mental health following exposure to positive and harsh parenting in childhood. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020; 65(6):392-400. [DOI:10.1177/0706743719889551] [PMID]
- [46] Latina D, Stattin H. Adolescents who self-harm: The patterns in their interpersonal and psychosocial difficulties. *Journal of Research on Adolescence*. 2018; 28(4):824-38. [DOI:10.1111/jora.12368] [PMID]
- [47] Swearer SM, Hymel S. Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model. *American Psychologist*. 2015; 70(4):344. [DOI:10.1037/a0038929] [PMID]
- [48] Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for non-suicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011; 39:389-400. [DOI:10.1007/s10802-010-9465-3] [PMID]
- [49] Baetens I, Claes L, Hasking P, Smits D, Grietens H, Onghena P, et al. The relationship between parental expressed emotions and non-suicidal self-injury: The mediating roles of self-criticism and depression. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 24:491-8. [DOI:10.1007/s10826-013-9861-8]
- [50] Parent J, Garai E, Forehand R, Roland E, Potts J, Haker K, et al. Parent mindfulness and child outcome: The roles of parent depressive symptoms and parenting. *Mindfulness*. 2010; 1(4):254-64. [DOI:10.1007/s12671-010-0034-1] [PMID]
- [51] Bögels SM, Helleman J, van Deursen S, Romer M, van der Meulen R. Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*. 2014; 5(5):536-51. [DOI:10.1007/s12671-013-0209-7]
- [52] Coatsworth JD, Duncan LG, Nix RL, Greenberg MT, Gayles JG, Bamberger KT, et al. Integrating mindfulness with parent training: effects of the Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program. *Developmental Psychology*. 2015; 51(1):26. [DOI:10.1037/a0038212] [PMID]
- [53] Arch JJ, Craske MG. Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindful-

- ness. Behaviour Research and Therapy. 2010; 48(6):495-505. [DOI:10.1016/j.brat.2010.02.005] [PMID]
- [54] Erisman SM, Roemer L. A preliminary investigation of the effects of experimentally induced mindfulness on emotional responding to film clips. Emotion. 2010; 10(1):72. [DOI:10.1037/a0017162] [PMID]
- [55] Hill CL, Updegraff JA. Mindfulness and its relationship to emotional regulation. Emotion. 2012; 12(1):81. [DOI:10.1037/a0026355] [PMID]