

شناخت، رفتار، یادگیری

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن

امیر هوشنگ کیانپور^۱، فرشید کمالی نژاد^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

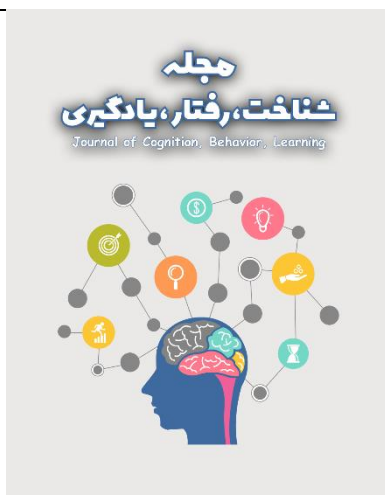
* ایمیل نویسنده مسئول: Dr.Kamalinedjad@gmail.com

تاریخ چاپ: ۱۴۰۶/۰۳/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۳

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷



شیوه استناددهی: کیانپور، امیر هوشنگ، و کمالی نژاد، فرشید. (۱۴۰۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن. شناخت، رفتار، یادگیری، ۴ (۳)، ۱۷-۱.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن انجام شد. پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به افسردگی مزمن مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی در سال ۱۴۰۴ بود. از این جامعه، ۴۰ بیمار ۱۸ تا ۶۰ ساله با تشخیص اختلال افسردگی مداوم بر اساس معیارهای DSM-5 و سابقه حداقل یک رفتار خودآسیب‌رسان طی شش ماه گذشته به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از هم‌سازی، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر کدام ۲۰ نفر، قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر پروتکل لینهان را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از سیاهه رفتارهای خودآسیب‌رسان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر اصلی زمان بر رفتارهای خودآسیب‌رسان معنادار بود ($F=15.537$, $p<0.001$, $\eta^2=0.390$). اثر اصلی گروه نیز معنادار بود ($F=111.801$, $p<0.001$, $\eta^2=0.746$). مهم‌تر از همه، اثر تعاملی زمان و گروه معنادار به دست آمد ($F=31.793$, $p<0.001$, $\eta^2=0.456$) که نشان‌دهنده تفاوت معنادار الگوی تغییرات دو گروه در طول زمان بود. مقایسه‌های زوجی بونفرونی نشان داد تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p<0.001$)، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>0.05$). همچنین، میانگین نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود (تفاوت میانگین $=8.533$, $p<0.001$). رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش معنادار و پایدار رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن شد و می‌تواند به‌عنوان یک مداخله درمانی مؤثر و مکمل در برنامه‌های درمانی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: رفتاردرمانی دیالکتیکی، رفتارهای خودآسیب‌رسان، افسردگی مزمن، اختلال افسردگی مداوم، تنظیم هیجان.

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Reducing Self-Injurious Behaviors in Patients with Chronic Depression

Amirhooshang Kianpour¹, Farshid Kamalinejad^{2*}

1. M.A. Student, Department of Clinical Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, Isl.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author's Email: Dr.Kamalinedjad@gmail.com

Submit Date: 2026-05-17

Revise Date: 2026-08-14

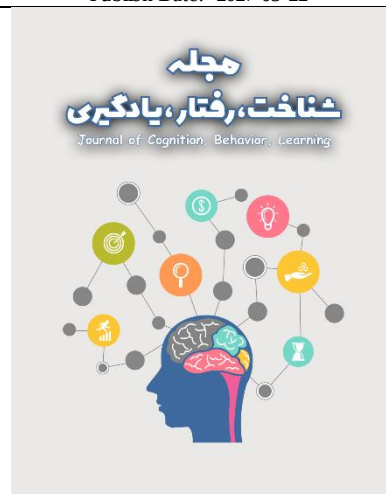
Accept Date: 2026-09-10

Publish Date: 2027-05-22

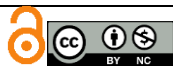
Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing self-injurious behaviors among patients with chronic depression. This clinical trial employed a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population consisted of patients with chronic depression who referred to counseling and psychotherapy centers in 2025. Forty patients aged 18–60 years with a diagnosis of persistent depressive disorder based on DSM-5 criteria and a history of at least one self-injurious behavior during the previous six months were selected through purposive sampling. After matching, participants were randomly assigned to an experimental group (n=20) and a control group (n=20). The experimental group received 12 weekly 90-minute sessions of dialectical behavior therapy based on Linehan's standard protocol, whereas the control group received no psychological intervention. Data were collected using the Inventory of Statements About Self-Injury at pretest, posttest, and two-month follow-up. Repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc comparisons were performed using SPSS version 26. Repeated-measures analysis of variance indicated a significant main effect of time on self-injurious behaviors ($F=15.537$, $p<0.001$, $\eta^2=0.290$). The main effect of group was also statistically significant ($F=111.801$, $p<0.001$, $\eta^2=0.746$). More importantly, the time $\times$ group interaction was significant ($F=31.793$, $p<0.001$, $\eta^2=0.456$), indicating that changes in self-injurious behavior scores over time differed significantly between the experimental and control groups. Bonferroni pairwise comparisons showed significant differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up ($p<0.001$), whereas the difference between posttest and follow-up was not significant ($p>0.05$). Moreover, the estimated mean self-injury score in the experimental group was significantly lower than that in the control group (mean difference=-8.533, $p<0.001$). Dialectical behavior therapy produced a significant and sustained reduction in self-injurious behaviors among patients with chronic depression. Accordingly, DBT can be considered an effective therapeutic intervention, either independently or as an adjunct to conventional treatment programs for patients with persistent depressive disorder who exhibit self-injurious behaviors.

Keywords: Dialectical behavior therapy, self-injurious behaviors, chronic depression, persistent depressive disorder, emotion regulation.



How to cite: Kianpour, A., Kamalinejad, F. (2027). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Reducing Self-Injurious Behaviors in Patients with Chronic Depression. *Cognition, Behavior, Learning*, 4(3), 1-17.



مقدمه

افسردگی مزمن، که در نظام‌های تشخیصی جدید در قالب اختلال افسردگی مداوم مفهوم‌پردازی می‌شود، یکی از اختلالات مهم و ناتوان‌کننده حوزه سلامت روان است که به دلیل تداوم نشانه‌های خلقی، کاهش انرژی، احساس ناامیدی، افت انگیزش، کاهش لذت، اختلال در روابط بین‌فردی و افت عملکرد شغلی و اجتماعی، می‌تواند بخش قابل‌توجهی از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. مزمن بودن این اختلال سبب می‌شود که بیماران نه تنها با نشانه‌های پایدار افسردگی مواجه باشند، بلکه به تدریج الگوهای ناسازگار شناختی، هیجانی و رفتاری نیز در آنان تثبیت شود. در چنین شرایطی، احتمال استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد برای کاهش فشار روانی افزایش می‌یابد و یکی از جدی‌ترین این راهبردها رفتارهای خودآسیب‌رسان است. رفتارهای خودآسیب‌رسان، به‌ویژه در شکل غیرخودکشی‌گرایانه، شامل مجموعه‌ای از رفتارهای عمدی برای آسیب‌زدن به بدن بدون قصد آشکار مرگ است که می‌تواند از بریدن و خراش دادن پوست تا ضربه‌زدن به بدن یا سایر اشکال صدمه جسمانی را در بر گیرد. مطالعات طبقه‌بندی بالینی نشان داده‌اند که افراد دارای خودآسیب‌رسانی گروهی ناهمگون هستند و از نظر شدت رفتار، انگیزه‌های زیربنایی، همراهی با سایر اختلالات روان‌شناختی و الگوی کارکرد بین‌فردی تفاوت‌های قابل‌توجهی دارند؛ بنابراین، خودآسیب‌رسانی را نمی‌توان صرفاً یک رفتار واحد و ساده در نظر گرفت (Klonsky & Olino, 2008). همچنین، پژوهش‌های جدیدتر بر خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی‌گرایانه نشان داده‌اند که این پدیده باید در ارتباط با ابعاد هیجانی، شناختی و بین‌فردی فرد مورد بررسی قرار گیرد و تحلیل آن صرفاً بر پایه وجود یا فقدان قصد خودکشی، تصویر کاملی از وضعیت بالینی ارائه نمی‌کند (Grundmanis, 2023).

ارتباط میان افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان از منظر بالینی اهمیت ویژه‌ای دارد. بیماران مبتلا به افسردگی مزمن اغلب با هیجانات منفی مداوم، احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، خودانتقادی شدید و کاهش توانایی برای تجربه هیجانات مثبت مواجه‌اند و ممکن است در شرایط تنش شدید، رفتار خودآسیب‌رسان را به‌عنوان ابزاری برای کاهش موقت فشار روان‌شناختی به کار گیرند. اگرچه این رفتار ممکن است در کوتاه‌مدت نوعی کاهش تنش ایجاد کند، در بلندمدت معمولاً با احساس شرم، گناه، انزوای اجتماعی و تشدید خودآرزیایی منفی همراه می‌شود و در نتیجه می‌تواند چرخه افسردگی را تقویت کند. اهمیت موضوع زمانی بیشتر می‌شود که رفتارهای خودآسیب‌رسان با افزایش احتمال رفتارهای خودکشی‌گرایانه و نیاز به خدمات درمانی گسترده‌تر ارتباط پیدا می‌کنند. فراتحلیل انجام‌شده درباره اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودکشی‌گرایانه نشان داده است که مداخلات تخصصی تنظیم هیجان و مدیریت بحران، در کاهش رفتارهای پرخطر نقش قابل‌توجهی دارند و همین موضوع ضرورت توجه ویژه به این رفتارها در جمعیت‌های افسرده را نشان می‌دهد (DeCou et al., 2019).

از منظر سبب‌شناختی، رفتارهای خودآسیب‌رسان حاصل برهم‌کنش چندین عامل روان‌شناختی و بین‌فردی هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربیات ناخوشایند اولیه، سطح پایین شفقت به خود، ضعف تاب‌آوری و قرار گرفتن در معرض آسیب‌های بین‌فردی می‌توانند زمینه آسیب‌پذیری فرد برای بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان را افزایش دهند. در مقایسه دانشجویان دارای و فاقد رفتارهای خودآسیب‌رسان مشخص شده است که این دو گروه در شاخص‌هایی نظیر تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربه‌های آزاردهندگی اولیه تفاوت دارند و این متغیرها می‌توانند در درک بهتر زمینه‌های روان‌شناختی خودآسیب‌رسانی مورد توجه قرار گیرند (Abolghasemi et al., 2021). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهد که خودآسیب‌رسانی اغلب در بستر آسیب‌پذیری هیجانی و ادراک منفی از خود شکل می‌گیرد و نمی‌توان آن را صرفاً یک واکنش رفتاری منفرد دانست.

سبک‌های دلبستگی و کیفیت روابط اولیه نیز از عوامل مهم مرتبط با رفتارهای خودآسیب‌رسان محسوب می‌شوند. وجود دلبستگی ناایمن می‌تواند باعث دشواری در اعتماد به دیگران، تنظیم روابط صمیمانه، درخواست حمایت و مدیریت تعارض‌های بین‌فردی شود و این امر در شرایط فشار روانی احتمال استفاده از رفتارهای ناسازگارانه را افزایش دهد. در یک مدل پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان و گرایش به خودکشی، نشان داده شد که سبک‌های دلبستگی و سازمان شخصیت می‌تواند با میانجی‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در شکل‌گیری رفتارهای خودآسیب‌رسان نقش داشته باشند (Ahmadi Marvili et al., 2019). همچنین، شواهد جدید در حوزه رفتارهای اعتیادی و

مشکلات روان‌شناختی دوران نوجوانی و بزرگسالی نوظهور نیز اهمیت سبک دلبستگی را در پیش‌بینی الگوهای رفتاری ناسازگار مورد تأکید قرار داده‌اند (Favieri et al., 2024). اگرچه حوزه مورد مطالعه در این پژوهش اخیر با خودآسیب‌رسانی یکسان نیست، تأکید آن بر نقش دلبستگی در شکل‌گیری رفتارهای مشکل‌زا، از اهمیت بررسی سازوکارهای رابطه‌ای و هیجانی در رفتارهای پرخطر حمایت می‌کند.

یکی از مهم‌ترین سازوکارهای مرتبط با خودآسیب‌رسانی، اختلال در تنظیم هیجان است. افراد دارای مشکلات مزمن خلقی ممکن است شدت بالایی از هیجانات منفی را تجربه کنند، اما در شناسایی، تحمل و تعدیل این هیجانات مهارت کافی نداشته باشند. در چنین شرایطی، رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌توانند کارکردی فوری در کاهش برانگیختگی هیجانی داشته باشند. نقش تنظیم هیجان در ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی، دلبستگی و خودآسیب‌رسانی نیز در پژوهش‌های داخلی مورد تأیید قرار گرفته است (Ahmadi Marvili et al., 2019). از سوی دیگر، فرایندهای شناختی نظیر نشخوار فکری و فاجعه‌سازی می‌توانند هیجانات منفی را تشدید کرده و مانع حل مسئله سازگاران شوند. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه‌سازی و نشخوار فکری در یک جمعیت بالینی نشان داده است که آموزش مهارت‌های این رویکرد می‌تواند بر فرایندهای شناختی و هیجانی ناکارآمد اثرگذار باشد (Amini & Shariatmadar, 2018). از این منظر، مداخله‌ای که بتواند همزمان بر تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان و آگاهی از تجربه‌های درونی اثر بگذارد، برای بیماران دارای افسردگی مزمن و رفتارهای خودآسیب‌رسان اهمیت ویژه‌ای خواهد داشت.

رویکردهای شناختی-رفتاری از جمله روش‌های پرکاربرد برای مدیریت افسردگی و سایر اختلالات هیجانی هستند. بازسازی شناختی یکی از اجزای اصلی این رویکردهاست که بر شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های ناکارآمد، باورهای منفی و تفسیرهای غیرمنطقی تمرکز دارد. مطالعات آزمایشی نشان داده‌اند که بازسازی شناختی می‌تواند پیامدهای رفتاری و هیجانی مرتبط با افکار مشکل‌زا را تحت تأثیر قرار دهد (Frost et al., 2016). همچنین، مقایسه بازسازی شناختی با ذهن‌آگاهی گسسته نشان داده است که هر دو راهبرد می‌توانند در تغییر پاسخ فرد نسبت به افکار و تکانه‌های ناکارآمد نقش داشته باشند (Ludvik & Boschen, 2015). با وجود این، خودآسیب‌رسانی در بسیاری از موارد صرفاً پیامد محتوای افکار نیست، بلکه در شرایط بحران هیجانی و کاهش تحمل آشفتگی رخ می‌دهد. بنابراین، رویکردهایی که علاوه بر اصلاح شناخت‌ها، مهارت‌های عملی برای تحمل بحران، تنظیم هیجانات و مدیریت روابط ارائه دهند، ممکن است برای این بیماران مناسب‌تر باشند. درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مداخلات ترکیبی نیز در کاهش علائم هیجانی مورد توجه قرار گرفته‌اند. مقایسه درمان معنوی مبتنی بر فرهنگ ایرانی، رویکرد شناختی-رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده است که مداخلات چندبعدی روان‌شناختی می‌توانند در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر باشند (Haddadi Kouhsar et al., 2018). این یافته از این دیدگاه حمایت می‌کند که در اختلالات مزمن، ترکیب مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و توجه‌آگاهی می‌تواند مزیت درمانی داشته باشد. افزون بر آن، رویکردهای یکپارچه شناختی-رفتاری و روان‌شناسی مثبت نیز بر بازسازی شناختی، هویت و فرایند معناسازی به‌عنوان مسیرهایی برای دستیابی به سازگاری روان‌شناختی تأکید کرده‌اند (Khanar, 2025). چنین دیدگاهی اهمیت آن را نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی صرفاً به کاهش نشانه‌ها محدود نشوند، بلکه توانایی فرد برای مواجهه سازگاران‌تر با تجربه‌های دشوار را نیز تقویت کنند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از مهم‌ترین رویکردهایی است که با چنین منطق درمانی شکل گرفته است. این درمان در ابتدا برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای خودکشی‌گرایانه و الگوهای شدید بی‌ثباتی هیجانی تدوین شد و بر تلفیق دو اصل پذیرش و تغییر استوار است. رفتاردرمانی دیالکتیکی به جای تمرکز انحصاری بر اصلاح افکار، مجموعه‌ای از مهارت‌های ساختاریافته شامل ذهن‌آگاهی، تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی را به فرد آموزش می‌دهد. یکی از پژوهش‌های بنیادین در این حوزه، کارآزمایی تصادفی دوساله لینهان و همکاران بود که نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با درمان توسط متخصصان، می‌تواند در کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و پیامدهای مرتبط در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد (Linehan et al., 2006). این پژوهش نقش مهمی در تثبیت جایگاه رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک مداخله مبتنی بر شواهد برای رفتارهای پرخطر ایفا کرد.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در مطالعات بعدی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. فراتحلیل DeCou و همکاران نشان داد که این درمان در کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه اثربخش است و می‌تواند در مدیریت بیماران دارای سطح بالای خطر بالینی نقش داشته باشد (DeCou et al., 2019). همچنین، مرورهای انجام‌شده درباره مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیکی با رویکردهایی نظیر طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی پویایی نشان داده‌اند که DBT یکی از گزینه‌های مهم درمانی برای کاهش علائم و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی است (Sharifi, 2024). اهمیت این یافته‌ها برای مطالعه حاضر در آن است که بسیاری از سازوکارهای هدف در DBT، از جمله نقص تنظیم هیجان، تکانشگری، تحمل پایین آشفته‌گی و الگوهای ناسازگار بین‌فردی، می‌توانند در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن و رفتارهای خودآسیب‌رسان نیز وجود داشته باشند.

در سال‌های اخیر، کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در جمعیت‌هایی فراتر از اختلال شخصیت مرزی نیز مورد توجه قرار گرفته است. در یک مطالعه بر دختران نوجوان دارای گرایش به خودکشی، رفتاردرمانی دیالکتیکی توانست علائم افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش دهد (Mahmoudi & Amini, 2025). این یافته نشان می‌دهد که اثربخشی DBT ممکن است محدود به یک تشخیص خاص نباشد و بتوان از آن در گروه‌هایی استفاده کرد که تنظیم هیجان ضعیف، خلق افسرده و رفتارهای خودآسیب‌رسان ویژگی‌های مرکزی مشکلات آنهاست. با این حال، تفاوت‌های تحولی، بالینی و بین‌فردی میان نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به افسردگی مزمن ایجاب می‌کند که تعمیم این یافته‌ها با احتیاط صورت گیرد. بزرگسالانی که سال‌ها با افسردگی مزمن زندگی کرده‌اند ممکن است الگوهای خودآسیب‌رسانی تثبیت‌شده‌تر، باورهای منفی ریشه‌دارتر و مشکلات بین‌فردی مزمن‌تری داشته باشند؛ از این رو، نیاز به بررسی مستقیم اثربخشی DBT در این جمعیت وجود دارد.

از سوی دیگر، مداخلات شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما نیز برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد بررسی قرار گرفته‌اند و یافته‌های موجود بر اهمیت پرداختن به تجربه‌های آسیب‌زا در درمان رفتارهای خودآسیب‌رسان تأکید دارند (Gajari, 2025). این موضوع با نتایج مربوط به نقش تجربیات آزاردیدگی اولیه در خودآسیب‌رسانی همسو است (Abolghasemi et al., 2021). با این حال، رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز همزمان بر پذیرش، تنظیم هیجان، تحمل آشفته‌گی و اثربخشی بین‌فردی، رویکردی متفاوت ارائه می‌دهد و به‌جای تمرکز صرف بر بازپردازش تجربه تروما، مهارت‌های عملی برای مدیریت موقعیت‌های بحرانی روزمره فراهم می‌کند. همین ویژگی می‌تواند آن را برای بیماران دارای افسردگی مزمن که در مواجهه با فشارهای هیجانی به رفتارهای خودآسیب‌رسان متوسل می‌شوند، مناسب سازد.

با وجود شواهد موجود، چند خلأ مهم پژوهشی همچنان باقی است. بخش قابل‌توجهی از شواهد مربوط به DBT در گروه‌های مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، نوجوانان دارای رفتارهای خودکشی‌گرایانه یا جمعیت‌هایی با مشکلات هیجانی خاص به دست آمده است (DeCou et al., 2019; Linehan et al., 2006; Mahmoudi & Amini, 2025; Sharifi, 2024). در مقابل، مطالعات کمتری به‌طور مشخص اثربخشی این درمان را در بزرگسالان مبتلا به افسردگی مزمن همراه با رفتارهای خودآسیب‌رسان بررسی کرده‌اند. این خلأ از آن جهت اهمیت دارد که افسردگی مزمن با استمرار طولانی‌مدت هیجانات منفی، کاهش امید، ضعف انگیزش و تثبیت الگوهای ناسازگار همراه است و ممکن است پاسخ درمانی این بیماران با سایر گروه‌های تشخیصی متفاوت باشد. افزون بر این، ارزیابی اثربخشی درمان تنها در مرحله پس‌آزمون برای قضاوت درباره ارزش بالینی آن کافی نیست و بررسی پایداری تغییرات در دوره پیگیری اهمیت ویژه دارد. اگر مهارت‌های آموخته‌شده در DBT واقعاً به بخشی از الگوی خودتنظیمی بیمار تبدیل شوند، انتظار می‌رود کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان پس از پایان جلسات نیز تداوم داشته باشد.

بر این اساس، انجام یک مطالعه کنترل‌شده با اندازه‌گیری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌تواند شواهد دقیق‌تری درباره اثربخشی و پایداری رفتاردرمانی دیالکتیکی در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن فراهم کند. چنین مطالعه‌ای علاوه بر آزمون اثربخشی مستقیم مداخله، می‌تواند به غنی‌تر شدن شواهد موجود درباره کاربرد بین‌تشخیصی DBT کمک کند و زمینه استفاده هدفمندتر از این رویکرد را در مراکز روان‌درمانی فراهم سازد. با توجه به اهمیت رفتارهای خودآسیب‌رسان، پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی آنها، ارتباطشان با مشکلات

تنظیم هیجان و شواهد امیدوارکننده درباره نقش رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای پرخطر، بررسی تجربی این مداخله در جمعیت مبتلا به افسردگی مزمن از ضرورت بالینی و پژوهشی بالایی برخوردار است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی مزمن مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی در سال ۱۴۰۴ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۴۰ بیمار شامل ۳۰ زن و ۱۰ مرد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص روان‌پزشکی اختلال افسردگی مداوم بر اساس معیارهای DSM-5، داشتن حداقل یک مورد رفتار خودآسیب‌رسان طی شش ماه گذشته و قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال بود. شرکت‌کنندگان پس از بررسی شرایط ورود و هم‌تاسازی بر اساس متغیرهای جنسیت، سن و شدت افسردگی، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر کدام شامل ۲۰ نفر، گمارده شدند. میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۳۶،۲۰ سال و میانگین سنی افراد گروه کنترل ۳۶،۷۵ سال بود. پیش از اجرای مداخله، همگنی دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال، همچنین مدت ابتلا به افسردگی و شدت افسردگی بررسی شد و نتایج نشان داد که بین دو گروه در هیچ‌یک از متغیرهای پایه تفاوت معناداری وجود نداشت. شدت افسردگی در مرحله پیش‌آزمون نیز با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک بررسی شد و میانگین نمره گروه آزمایش ۴۲،۲۰ و گروه کنترل ۴۲،۱۰ بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($p=0.929$). بنابراین، دو گروه پیش از شروع مداخله از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی مورد بررسی همگن بودند.

برای سنجش رفتارهای خودآسیب‌رسان از سیاهه رفتارهای خودآسیب‌رسان (Inventory of Statements About Self-Injury; ISAS) استفاده شد که توسط کلونسکی و گلن در سال ۲۰۰۹ تدوین شده است. این ابزار به‌منظور ارزیابی رفتارهای خودآسیب‌رسان و ویژگی‌های مرتبط با آن طراحی شده و در مطالعه حاضر به‌عنوان ابزار اصلی سنجش متغیر وابسته مورد استفاده قرار گرفت. سیاهه رفتارهای خودآسیب‌رسان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه برای هر دو گروه اجرا شد و نمره حاصل از آن به‌عنوان شاخص میزان رفتارهای خودآسیب‌رسان شرکت‌کنندگان در تحلیل‌های آماری وارد شد. علاوه بر این، برای بررسی همگنی اولیه دو گروه از نظر شدت علائم افسردگی، از پرسشنامه افسردگی بک-II (BDI-II) استفاده شد. نتایج حاصل از این ابزار نشان داد که دو گروه در مرحله پیش‌آزمون از نظر شدت افسردگی تفاوت معناداری نداشتند و بنابراین شرایط اولیه لازم برای مقایسه آثار مداخله فراهم بود. داده‌های حاصل از سیاهه رفتارهای خودآسیب‌رسان در سه مرحله اندازه‌گیری، مبنای اصلی ارزیابی تغییرات ناشی از رفتاردرمانی دیالکتیکی و مقایسه روند تغییرات گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت.

شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تحت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر پروتکل استاندارد لینهان قرار گرفتند. مداخله در قالب ۱۲ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد. محتوای جلسات بر چهار مؤلفه اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل ذهن‌آگاهی، تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی متمرکز بود. در بخش ذهن‌آگاهی، شرکت‌کنندگان برای افزایش آگاهی نسبت به تجارب درونی، افکار و هیجانات و مشاهده بدون قضاوت آنها آموزش دیدند تا توانایی تشخیص محرک‌های هیجانی مرتبط با رفتارهای خودآسیب‌رسان را افزایش دهند. در بخش تحمل آشفتگی، راهبردهایی برای مدیریت موقعیت‌های بحرانی و تحمل هیجانات شدید بدون توسل به رفتارهای آسیب‌رسان آموزش داده شد. بخش تنظیم هیجان بر شناسایی، نام‌گذاری و مدیریت هیجانات، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و تقویت راهبردهای سازگارانه

تنظیم هیجان تمرکز داشت. در مؤلفه اثربخشی بین فردی نیز مهارت‌های لازم برای بیان نیازها، تنظیم روابط، حل تعارض‌ها و حفظ روابط بین فردی سازگاران آموزش داده شد. جلسات با تأکید بر تلفیق دو اصل پذیرش و تغییر اجرا شدند و تمرین و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده در موقعیت‌های واقعی زندگی مورد توجه قرار گرفت. گروه کنترل در طول دوره پژوهش هیچ گونه مداخله روان شناختی دریافت نکرد. پس از پایان ۱۲ جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و برای بررسی پایداری آثار درمان، ارزیابی مجدد دو ماه پس از پایان مداخله در قالب مرحله پیگیری انجام گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. در مرحله مقدماتی، برای بررسی همگنی گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی از آزمون کای دو و آزمون t مستقل استفاده شد. همچنین، پیش از انجام تحلیل اصلی، مفروضات زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لون، همگنی ماتریس‌های کوواریانس با آزمون Box's M و فرض کرویت با آزمون موچلی بررسی شد. نتایج نشان داد که مفروضات لازم برای انجام تحلیل اصلی در سطح قابل قبول برقرار بودند. برای بررسی اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تغییرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر تعاملی زمان $\times$ گروه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین، برای مشخص کردن تفاوت بین مراحل مختلف اندازه‌گیری و بررسی پایداری اثر مداخله، از مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی استفاده شد. اندازه اثر نیز با استفاده از مجذور اتای جزئی گزارش شد و سطح معناداری آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۴۰ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن در دو گروه آزمایش و کنترل، هر کدام شامل ۲۰ نفر، مورد بررسی قرار گرفتند. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۳۰ نفر (۷۵,۰ درصد) زن و ۱۰ نفر (۲۵,۰ درصد) مرد بودند. در گروه آزمایش ۱۴ زن و ۶ مرد و در گروه کنترل ۱۶ زن و ۴ مرد حضور داشتند. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دو گروه از نظر سن ($p=0.928$)، جنسیت ($p=0.716$)، وضعیت تأهل ($p=0.933$)، سطح تحصیلات ($p>0.999$)، وضعیت اشتغال ($p=0.932$) و مدت ابتلا به افسردگی ($p=0.813$) تفاوت معناداری نداشتند. همچنین، میانگین نمره افسردگی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۴۲,۲۰ با انحراف معیار ۳,۴۷ و در گروه کنترل ۴۲,۱۰ با انحراف معیار ۳,۵۶ بود و آزمون t مستقل نیز تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر شدت اولیه افسردگی نشان نداد ($d=0.028$, $p=0.929$, $t=0.09$). بنابراین، دو گروه پیش از اجرای مداخله از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی همگن بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه آزمایش، میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل، میانگین $\pm$ انحراف معیار
رفتارهای خودآسیب‌رسان	پیش‌آزمون	۱۸.۹۵ $\pm$ ۴.۹۵	۱۶.۴۰ $\pm$ ۴.۸۸
	پس‌آزمون	۵.۳۰ $\pm$ ۵.۰۳	۱۸.۴۵ $\pm$ ۵.۲۴
	پیگیری	۴.۳۰ $\pm$ ۴.۵۹	۱۹.۳۰ $\pm$ ۵.۸۳

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش از ۱۸,۹۵ در مرحله پیش‌آزمون به ۵,۳۰ در پس‌آزمون و ۴,۳۰ در مرحله پیگیری کاهش یافت. در مقابل، میانگین نمرات گروه کنترل از ۱۶,۴۰ در پیش‌آزمون به ۱۸,۴۵ در پس‌آزمون و ۱۹,۳۰ در پیگیری افزایش یافت. بنابراین، الگوی تغییرات توصیفی نشان می‌دهد که پس از اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی، کاهش قابل توجهی در رفتارهای خودآسیب‌رسان گروه آزمایش ایجاد شده و این کاهش تا مرحله پیگیری نیز حفظ شده است، در حالی که در گروه کنترل روند کاهشی مشابهی مشاهده نشد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که نمرات پیش‌آزمون رفتارهای خودآسیب‌رسان در هر دو گروه دارای توزیع نرمال بودند. در گروه کنترل، توزیع نمرات پس‌آزمون و پیگیری نیز نرمال بود، اما در گروه آزمایش مقدار شاپیرو-ویلک برای پس‌آزمون ($p=0.013$) و پیگیری ($p=0.006$) معنادار بود. با این حال، با توجه به مقادیر چولگی و کشیدگی، برابر بودن حجم نمونه گروه‌ها، نبود داده‌های مفقوده و مقاومت نسبی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در برابر انحرافات خفیف از نرمالیت، داده‌ها برای انجام تحلیل اصلی مناسب تشخیص داده شدند. همچنین، آزمون لون در هیچ‌یک از سه مرحله معنادار نبود و در نتیجه، فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود. آزمون Box's M نیز معنادار نبود ($Box's M=7.751$, $F=1.181$, $p=0.313$) و همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد. افزون بر این، آزمون موچلی نشان داد که فرض کرویت برقرار است ($W=0.994$, $\chi^2=0.225$, $df=2$, $p=0.893$). بر این اساس، مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح قابل‌قبولی برقرار بودند.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان

منبع تغییرات	مجموع مجزورات نوع III	df	میانگین مجزورات	F	p	مجذور اتای جزئی
زمان	۹۰۸.۸۱۷	۲	۴۵۴.۴۰۸	۱۵.۵۳۷	<۰.۰۰۱	۰.۲۹۰
گروه	۲۱۸۴.۵۳۳	۱	۲۱۸۴.۵۳۳	۱۱۱.۸۰۱	<۰.۰۰۱	۰.۷۴۶
زمان × گروه	۱۸۵۹.۷۱۷	۲	۹۲۹.۸۵۸	۳۱.۷۹۳	<۰.۰۰۱	۰.۴۵۶

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر اصلی زمان بر نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان معنادار بود ($F=15.537$, $p<0.001$, $\eta^2=0.290$). به این معنا که نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در مجموع طی سه مرحله اندازه‌گیری تغییر معناداری داشتند. اثر اصلی گروه نیز معنادار بود ($F=111.801$, $p<0.001$) و اندازه اثر بسیار بزرگی را نشان داد. مهم‌تر از همه، اثر تعاملی زمان و گروه نیز از نظر آماری معنادار بود ($F=31.793$, $p<0.001$, $\eta^2=0.456$). این یافته نشان می‌دهد که الگوی تغییر نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در طول زمان در گروه آزمایش و کنترل یکسان نبوده و تغییرات گروه دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معناداری با گروه کنترل تفاوت داشته است. مقدار مجذور اتای جزئی ۰.۴۵۶ برای اثر تعاملی نیز نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ مداخله است. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری بر روند کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته است.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی برای نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان

نوع مقایسه	مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
مراحل اندازه‌گیری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۵.۸۰۰	۱.۲۵۵	<۰.۰۰۱	۸.۹۴۴ تا ۲.۶۵۶
مراحل اندازه‌گیری	پیش‌آزمون - پیگیری	۵.۸۷۵	۱.۱۸۲	<۰.۰۰۱	۸.۸۳۶ تا ۲.۹۱۴
مراحل اندازه‌گیری	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۰۷۵	۱.۱۸۹	>۰.۹۹۹	۲.۹۰۳ تا -۳.۰۵۳
گروه‌ها	آزمایش - کنترل	-۸.۵۳۳	۰.۸۰۷	<۰.۰۰۱	۶.۹۰۰ تا -۱۰.۱۶۷

نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که تفاوت میانگین نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود ($MD=5.800$, $SE=1.255$, $p<0.001$) و فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای این تفاوت از ۲.۶۵۶ تا ۸.۹۴۴ به دست آمد. همچنین، تفاوت بین پیش‌آزمون و پیگیری نیز معنادار بود ($MD=5.875$, $SE=1.182$, $p<0.001$, $95\% [CI: 2.914, 8.836]$). در مقابل، تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($MD=0.075$, $SE=1.189$, $p>0.999$), که نشان می‌دهد کاهش حاصل‌شده پس از مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است. مقایسه بین گروه‌ها نیز نشان داد که میانگین نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش به‌طور متوسط ۸.۵۳۳ واحد کمتر از گروه کنترل بود ($MD=-8.533$, $SE=0.807$, $p<0.001$, $95\% [CI: -10.167, -6.900]$). در مجموع، نتایج تحلیل واریانس و آزمون‌های تعقیبی نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش معنادار رفتارهای خودآسیب‌رسان شده و این اثر درمانی در پیگیری

دوماهه نیز پایدار باقی مانده است؛ بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است به‌طور معناداری رفتارهای خودآسیب‌رسان را در گروه آزمایش کاهش دهد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر اصلی زمان بر نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان معنادار بود و اندازه اثر آن برابر با ۰,۲۹۰ به دست آمد. همچنین، اثر اصلی گروه از نظر آماری معنادار بود و مجذور اتای جزئی ۰,۷۴۶ نشان‌دهنده اندازه اثر بسیار بزرگ تفاوت بین دو گروه بود. مهم‌تر از همه، تعامل زمان و گروه نیز معنادار بود و مقدار اندازه اثر ۰,۴۵۶ نشان داد که روند تغییر رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معناداری با گروه کنترل تفاوت داشته است. بررسی میانگین‌ها نیز نشان داد که نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش از ۱۸,۹۵ در پیش‌آزمون به ۵,۳۰ در پس‌آزمون و ۴,۳۰ در پیگیری کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل میانگین نمرات از ۱۶,۴۰ در پیش‌آزمون به ۱۸,۴۵ در پس‌آزمون و ۱۹,۳۰ در پیگیری افزایش یافت. این الگو نشان می‌دهد که کاهش مشاهده‌شده در گروه آزمایش را نمی‌توان صرفاً به گذشت زمان نسبت داد و مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در ایجاد این تغییر داشته است.

نتایج مقایسه‌های تعقیبی نیز از این یافته حمایت کرد. تفاوت میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنادار بود، در حالی که میان پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. نبود تفاوت معنادار میان پس‌آزمون و پیگیری از نظر بالینی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا نشان می‌دهد آثار مثبت مداخله پس از پایان جلسات نیز تداوم یافته و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان صرفاً یک پاسخ کوتاه‌مدت به حضور در جلسات درمانی نبوده است. علاوه بر این، مقایسه بین گروهی نشان داد که میانگین نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش به‌طور متوسط ۸,۵۳۳ واحد کمتر از گروه کنترل بود. در مجموع، این یافته‌ها فرضیه اصلی پژوهش را تأیید می‌کنند و نشان می‌دهند که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند یک مداخله مؤثر و نسبتاً پایدار برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن باشد.

یافته اصلی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش محمودی و امینی همسو است که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر کاهش علائم افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در دختران نوجوان دارای گرایش به خودکشی گزارش کردند (Mahmoudi & Amini, 2025). همسویی این دو مطالعه از آن جهت اهمیت دارد که نشان می‌دهد اثرات رفتاردرمانی دیالکتیکی احتمالاً محدود به یک گروه سنی خاص نیست و این مداخله می‌تواند در جمعیت‌های مختلفی که با مشکلات خلقی و رفتارهای خودآسیب‌رسان مواجه‌اند کاربرد داشته باشد. اگرچه مطالعه محمودی و امینی بر نوجوانان تمرکز داشته و پژوهش حاضر بر بزرگسالان مبتلا به افسردگی مزمن انجام شده است، در هر دو پژوهش، کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان پس از دریافت مداخله مشاهده شده است. این موضوع می‌تواند بیانگر آن باشد که هدف قرار دادن سازوکارهای مشترکی مانند ناتوانی در تنظیم هیجان، تحمل پایین آشفتگی و استفاده از پاسخ‌های رفتاری ناسازگارانه، در گروه‌های مختلف بالینی مؤثر است.

نتایج پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های کلاسیک لینهان و همکاران همخوانی دارد. لینهان و همکاران در یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده دوساله نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با درمان توسط متخصصان، در کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثربخشی قابل‌توجهی دارد (Linehan et al., 2006). اگرچه جمعیت مطالعه آنان از نظر تشخیصی با پژوهش حاضر متفاوت بود، وجه مشترک هر دو پژوهش وجود رفتارهای شدید و ناسازگارانه در پاسخ به آشفتگی هیجانی است.

یافته پژوهش حاضر می‌تواند توسعه‌ای بر نتایج لینهان و همکاران تلقی شود، زیرا نشان می‌دهد اصول و مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توانند فراتر از اختلال شخصیت مرزی و در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن همراه با خودآسیب‌رسانی نیز مفید باشند.

همچنین، نتیجه حاضر با فراتحلیل DeCou و همکاران همسواست که نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و رفتارهای مرتبط با خودآسیب‌رسانی اثربخش است (DeCou et al., 2019). همگرایی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج یک فراتحلیل، اعتبار بیشتری برای این نتیجه فراهم می‌کند که DBT می‌تواند در مدیریت رفتارهای پرخطر مؤثر باشد. یکی از دلایل این اثربخشی آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی رفتارهای خودآسیب‌رسان را نه به‌عنوان یک رفتار منفرد، بلکه به‌عنوان بخشی از یک نظام تنظیم هیجانی ناکارآمد مفهوم‌پردازی می‌کند. در این چارچوب، رفتار خودآسیب‌رسان ممکن است برای بیمار کارکردی فوری در کاهش فشار، قطع تجربه هیجان شدید یا ایجاد احساس موقت کنترل داشته باشد. بنابراین، درمان به‌جای تمرکز صرف بر حذف رفتار، تلاش می‌کند مجموعه‌ای از مهارت‌های جایگزین را در اختیار بیمار قرار دهد.

این تبیین با یافته‌های مربوط به نقش تنظیم هیجان در رفتارهای خودآسیب‌رسان هماهنگ است. احمدی مرویلی و همکاران نشان دادند که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در ارتباط میان سبک‌های دلبستگی، سازمان شخصیت، رفتارهای خودآسیب‌رسان و گرایش به خودکشی نقش میانجی دارند (Ahmadi Marvili et al., 2019). بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که یکی از سازوکارهای اصلی اثرگذاری DBT در پژوهش حاضر، تقویت ظرفیت تنظیم هیجان بوده است. بیماران مبتلا به افسردگی مزمن معمولاً با هیجانات منفی پایدار، احساس ناامیدی، خودارزیابی منفی و ظرفیت محدود برای تحمل حالات ناخوشایند مواجه‌اند. مازول تنظیم هیجان در رفتاردرمانی دیالکتیکی به فرد کمک می‌کند هیجانات خود را شناسایی و نام‌گذاری کند، عوامل تشدیدکننده آنها را بشناسد و به جای پاسخ‌های فوری و آسیب‌زا از راهبردهای سازگارانه‌تر استفاده کند. در نتیجه، نیاز به توسل به رفتار خودآسیب‌رسان برای کاهش فشار هیجانی ممکن است به‌تدریج کاهش یابد.

از سوی دیگر، یافته‌های Abolghasemi و همکاران نشان داد که افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در متغیرهایی مانند تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزرديدگی اولیه با افراد فاقد این رفتارها تفاوت دارند (Abolghasemi et al., 2021). این یافته می‌تواند در تبیین نتایج پژوهش حاضر نیز مورد استفاده قرار گیرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق ایجاد موضعی غیرقضاوتی نسبت به تجربه‌های درونی، پذیرش واقعیت و کاهش واکنش‌های تکانشی، می‌تواند به کاهش خودانتقادی و افزایش توانایی فرد برای تحمل شرایط دشوار کمک کند. بیماران افسرده مزمن معمولاً در برابر خطاها، شکست‌ها و هیجانات منفی خود موضعی انتقادی دارند و رفتار خودآسیب‌رسان ممکن است در برخی موارد با همین خودتنبیهی ارتباط داشته باشد. ذهن‌آگاهی و پذیرش در DBT می‌تواند این رابطه خصمانه با خود را تعدیل کرده و فضای روان‌شناختی لازم برای انتخاب پاسخ‌های کمتر آسیب‌زا را فراهم کند.

نقش دلبستگی نیز می‌تواند در تبیین اثرات مشاهده‌شده مورد توجه قرار گیرد. یافته‌های Favieri و همکاران نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی می‌توانند با الگوهای رفتاری مشکل‌زا و شیوه مواجهه فرد با نیازهای هیجانی و بین‌فردی ارتباط داشته باشند (Favieri et al., 2024). همچنین، Ahmadi Marvili و همکاران ارتباط سبک‌های دلبستگی با رفتارهای خودآسیب‌رسان را مورد تأکید قرار داده‌اند (Ahmadi Marvili et al., 2019). یکی از چهار مؤلفه اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی، اثربخشی بین‌فردی است. آموزش این مهارت‌ها می‌تواند به بیمار کمک کند نیازهای خود را به شیوه مستقیم‌تر بیان کند، مرزهای مناسب‌تری در روابط ایجاد کند، تعارض‌ها را مدیریت کند و به جای واکنش‌های خودآسیب‌رسان در پاسخ به طرد، تنهایی یا تعارض، از راهبردهای بین‌فردی مؤثرتری بهره گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج Amini و Shariatmadar نیز قابل تبیین است. آنان نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش فاجعه‌سازی و نشخوار فکری مؤثر است (Amini & Shariatmadar, 2018). نشخوار فکری یکی از فرایندهای مهم در تداوم افسردگی است و موجب می‌شود فرد بارها و بارها به افکار منفی، شکست‌ها و هیجانات ناخوشایند بازگردد، بدون آنکه به حل مؤثر مسئله برسد. چنین چرخه‌ای می‌تواند شدت آشفتگی هیجانی را افزایش دهد و احتمال خودآسیب‌رسانی را بیشتر کند. آموزش ذهن‌آگاهی در DBT، با

هدایت توجه به تجربه لحظه حاضر و مشاهده غیرقضاوتی افکار، می‌تواند از درگیری افراطی با محتوای افکار منفی بکاهد. همچنین، آموزش تحمل آشفتگی به بیمار امکان می‌دهد دوره‌های اوج فشار روانی را بدون انجام رفتارهای مخرب پشت سر بگذارد. بنابراین، کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در مطالعه حاضر می‌تواند تا حدی حاصل کاهش چرخه‌های نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و پاسخ‌دهی تکانشی باشد.

یافته حاضر را می‌توان در ارتباط با مطالعات مربوط به بازسازی شناختی نیز توضیح داد. Frost و همکاران نشان دادند که شیوه مواجهه با افکار و استفاده از بازسازی شناختی می‌تواند پیامدهای رفتاری و هیجانی را تغییر دهد (Frost et al., 2016). همچنین، Ludvik و Boschen در مقایسه بازسازی شناختی و ذهن‌آگاهی گسسته نشان دادند که شیوه ارتباط فرد با افکار مزاحم در شکل‌گیری پاسخ‌های رفتاری اهمیت دارد (Ludvik & Boschen, 2015). رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز اگرچه صرفاً یک مداخله بازسازی شناختی نیست، به بیمار آموزش می‌دهد افکار و هیجانات را واقعیت مطلق تلقی نکند و پیش از عمل کردن بر اساس آنها، فاصله‌ای آگاهانه ایجاد کند. این فاصله می‌تواند به‌ویژه در خودآسیب‌رسانی اهمیت داشته باشد، زیرا فاصله زمانی میان تجربه هیجان شدید و اجرای رفتار آسیب‌زا معمولاً کوتاه است.

نتایج مطالعه حاضر با شواهد مربوط به مداخلات چندبعدی نیز همخوانی دارد. Haddadi Kouhsar و همکاران در مقایسه مداخلات شناختی-رفتاری، معنوی و مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان دادند که رویکردهای روان‌شناختی می‌توانند علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در بیماران دارای مشکلات مزمن کاهش دهند (Haddadi Kouhsar et al., 2018). رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز ماهیتی چندبعدی دارد و به‌صورت همزمان بر شناخت، هیجان، توجه، رفتار و روابط بین‌فردی کار می‌کند. این ویژگی برای بیماران مبتلا به افسردگی مزمن اهمیت زیادی دارد، زیرا مشکلات آنان معمولاً محدود به یک حوزه نیست و ترکیبی از بدخلقی پایدار، افکار منفی، کاهش تحمل فشار، ضعف روابط بین‌فردی و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد را شامل می‌شود.

همچنین، نتایج مطالعه حاضر با دیدگاه‌های یکپارچه درباره بازسازی شناختی، هویت و معناسازی قابل ارتباط است. Khanar بر اهمیت بازسازی شناختی-وجودی، هویت و فرایند معناسازی در ایجاد سازگاری روان‌شناختی تأکید کرده است (Khanar, 2025). یادگیری مهارت‌های DBT می‌تواند با افزایش احساس کنترل، خودکارآمدی و توانایی مدیریت بحران‌ها، به بیمار کمک کند خود را صرفاً فردی درمانده در برابر افسردگی و تکانه‌های خودآسیب‌رسان تلقی نکند. این تغییر در تجربه خود می‌تواند نقش مهمی در پایداری اثر درمان داشته باشد، زیرا فرد نه فقط مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، بلکه احساس جدیدی از توانمندی در مواجهه با هیجانات دشوار به دست می‌آورد.

پایداری اثر درمان در پیگیری دوماهه نیز با منطق نظری رفتاردرمانی دیالکتیکی سازگار است. تفاوت معنادار میان پیش‌آزمون و پیگیری و نبود تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که اثرات مداخله پس از پایان جلسات حفظ شده‌اند. می‌توان این یافته را ناشی از ماهیت مهارت‌محور DBT دانست. بیمار در طول درمان مجموعه‌ای از مهارت‌های عملی را تمرین می‌کند که می‌تواند پس از پایان درمان نیز در زندگی روزمره به کار ببرد. ذهن‌آگاهی، تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی مهارت‌هایی نیستند که صرفاً در محیط درمان قابل استفاده باشند؛ بلکه قابلیت تعمیم به موقعیت‌های مختلف زندگی را دارند. همین امر می‌تواند توضیح دهد که چرا کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان پس از پایان جلسات نیز پایدار مانده است. یافته‌های Linehan و همکاران درباره تداوم آثار DBT در پیگیری نیز از این تبیین حمایت می‌کند (Linehan et al., 2006).

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر با مرور Sharifi درباره جایگاه رفتاردرمانی دیالکتیکی در کنار طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی پویایی همراستا است (Sharifi, 2024). این همسویی نشان می‌دهد DBT در میان رویکردهای مختلف درمانی، جایگاه قابل‌توجهی برای مدیریت نشانه‌هایی دارد که با بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای آسیب‌زا همراه هستند. همچنین، یافته‌های Gajari درباره کاربرد درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما برای رفتارهای خودآسیب‌رسان نشان می‌دهد که هدف قرار دادن عوامل زمینه‌ای و فرایندهای روان‌شناختی مؤثر بر خودآسیب‌رسانی می‌تواند به کاهش این رفتارها منجر شود (Gajari, 2025). در پژوهش حاضر، DBT به‌جای تمرکز انحصاری بر تجربه‌های آسیب‌زا، مجموعه

وسیع‌تری از مهارت‌های تنظیمی و مقابله‌ای را آموزش داده است که می‌تواند برای طیف متنوعی از محرک‌های خودآسیب‌رسانی کاربرد داشته باشد.

در نهایت، یافته‌های مطالعه حاضر با دیدگاهی که خودآسیب‌رسانی را پدیده‌ای ناهمگون و چندعاملی می‌داند همخوان است. Klonsky و Olino نشان داده‌اند که افراد دارای خودآسیب‌رسانی را می‌توان بر اساس الگوها و ویژگی‌های بالینی متفاوت طبقه‌بندی کرد (Klonsky & Olino, 2008). همچنین، مطالعه Grundmanis بر اهمیت بررسی خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی‌گرایانه به‌عنوان یک پدیده بالینی مستقل و نیازمند توجه تخصصی تأکید دارد (Grundmanis, 2023). بر این اساس، موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیکی در پژوهش حاضر احتمالاً ناشی از این است که این رویکرد به یک علت واحد برای خودآسیب‌رسانی متکی نیست و مجموعه‌ای از سازوکارهای هیجانی، شناختی و بین‌فردی را به‌صورت همزمان هدف قرار می‌دهد. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق تقویت تحمل آشفتگی، افزایش تنظیم هیجانی، بهبود ذهن‌آگاهی، کاهش واکنش‌پذیری شناختی و تقویت مهارت‌های بین‌فردی می‌تواند چرخه‌ای را که در آن هیجانات منفی به رفتارهای خودآسیب‌رسان منجر می‌شوند تضعیف کند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی مداخله‌ای مؤثر و پایدار برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن است و می‌تواند جایگاه مناسبی در برنامه‌های درمانی این گروه از بیماران داشته باشد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، حجم نمونه نسبتاً محدود و انتخاب شرکت‌کنندگان از میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی بود که می‌تواند تعمیم نتایج به تمام بیماران مبتلا به افسردگی مزمن را محدود کند. همچنین، استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ممکن است احتمال سوگیری انتخاب را افزایش داده باشد. مدت پیگیری نیز به دو ماه محدود بود و بنابراین، درباره پایداری اثر درمان در دوره‌های طولانی‌تر نمی‌توان با قطعیت اظهارنظر کرد. استفاده از گروه کنترل بدون مداخله به جای گروه کنترل فعال نیز موجب می‌شود سهم عوامل اختصاصی رفتاردرمانی دیالکتیکی از عوامل عمومی درمان مانند توجه درمانگر، حمایت اجتماعی و حضور منظم در جلسات به‌طور کامل تفکیک نشود. علاوه بر این، ارزیابی رفتارهای خودآسیب‌رسان عمدتاً مبتنی بر ابزار خودگزارشی بود که ممکن است تحت تأثیر یادآوری، تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی یا عدم گزارش کامل رفتارهای حساس قرار گرفته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در چند مرکز درمانی انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات درمان فراهم کند. همچنین، مقایسه مستقیم رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان‌های فعال مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش یا سایر مداخلات تخصصی می‌تواند سهم اختصاصی DBT را روشن‌تر سازد. بررسی متغیرهای میانجی نظیر تنظیم هیجان، تحمل آشفتگی، نشخوار فکری، شفقت به خود و تکانشگری نیز می‌تواند سازوکارهای دقیق تغییر درمانی را مشخص کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی علاوه بر ابزارهای خودگزارشی، از مصاحبه بالینی، گزارش درمانگر و شاخص‌های رفتاری نیز استفاده شود و اثربخشی مداخله در زیرگروه‌های مختلف بیماران بر حسب جنسیت، شدت افسردگی، سابقه خودآسیب‌رسانی و مدت ابتلا بررسی شود.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی و مراکز درمان اختلالات خلقی، آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را در برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به افسردگی مزمن دارای سابقه خودآسیب‌رسانی وارد کنند. غربالگری منظم رفتارهای خودآسیب‌رسان در بیماران افسرده می‌تواند به شناسایی زودهنگام افراد در معرض خطر کمک کند. همچنین، آموزش اختصاصی مهارت‌های تحمل آشفتگی و تنظیم هیجان می‌تواند در مراحل ابتدایی درمان در اولویت قرار گیرد تا بیماران برای مواجهه با دوره‌های بحرانی ابزارهای جایگزین در اختیار داشته باشند. آموزش درمانگران در اجرای ساختاریافته پروتکل DBT، طراحی جلسات تقویتی پس از پایان درمان و فراهم کردن برنامه‌های پیگیری می‌تواند به حفظ دستاوردهای درمانی کمک کند. استفاده از DBT در کنار درمان دارویی و سایر مداخلات

روان‌شناختی نیز می‌تواند یک رویکرد جامع‌تر برای کاهش خطر خودآسیب‌رسانی و بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی مزمن فراهم سازد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Chronic depression, commonly conceptualized within contemporary diagnostic systems as persistent depressive disorder, is a debilitating condition characterized by enduring depressed mood, reduced pleasure, diminished energy, hopelessness, impaired motivation, and substantial disruption in interpersonal, occupational, and social functioning. When depressive symptoms persist over extended periods, maladaptive cognitive, emotional, and behavioral patterns may become increasingly consolidated, thereby reducing individuals' capacity to respond adaptively to distress. One of the most clinically concerning manifestations observed in some individuals with chronic depression is self-injurious behavior. Self-injury, particularly non-suicidal self-injury, generally refers to the deliberate infliction of physical harm on oneself without an explicit intention to die. Such behaviors may include cutting, hitting, scratching, burning, or other forms of bodily injury and are often used as short-term strategies for reducing intolerable emotional arousal. Clinical evidence indicates that individuals who engage in self-injury are heterogeneous with respect to behavioral patterns, psychological functions, severity, and accompanying psychopathology, suggesting that self-injury should be understood as a multidimensional phenomenon rather than as a unitary behavior (Klonsky & Olino, 2008). Research focusing on non-suicidal self-injury has likewise emphasized the importance of considering its emotional, behavioral, and clinical correlates as distinct targets of assessment and intervention (Grundmanis, 2023).

A major explanatory framework for self-injurious behavior concerns deficits in emotion regulation. Individuals experiencing chronic depression may encounter persistent negative affect, self-criticism, hopelessness, rumination, and reduced tolerance for emotional distress. Under such circumstances, self-injury may function as an immediate but maladaptive method of reducing emotional tension or regaining a temporary sense of control. Previous findings have demonstrated that attachment styles and personality organization may predict self-harming behaviors and suicidal tendencies through the mediating role of cognitive emotion regulation strategies (Ahmadi Marvili et al., 2019). Similarly, individuals with a history of self-injurious behavior have been shown to differ from those without such behaviors in resilience, self-compassion, and early victimization experiences (Abolghasemi et al., 2021). Attachment-related vulnerabilities have also been associated with problematic behavioral patterns and difficulties in managing emotional and interpersonal needs (Favieri et al., 2024). These findings collectively suggest that effective treatment of self-injury should address not only the overt behavior itself but also underlying emotional, cognitive, and interpersonal mechanisms.

Traditional cognitive-behavioral interventions have offered valuable strategies for modifying maladaptive cognitions and reducing emotional distress. Cognitive restructuring, for example, has demonstrated effects on behavioral and emotional responses associated with dysfunctional thinking (Frost et al., 2016), while comparisons between cognitive restructuring and detached mindfulness have highlighted the importance of changing how individuals respond to intrusive or distressing cognitions (Ludvik & Boschen, 2015). Mindfulness-based, cognitive-behavioral, and integrative approaches have also demonstrated beneficial effects

on depression, anxiety, and stress in clinical populations (Haddadi Kouhsar et al., 2018). Furthermore, integrative models emphasizing cognitive-existential reconstruction and meaning-making have underscored the importance of strengthening psychological agency and adaptive self-regulation (Khanar, 2025). Nevertheless, self-injury often emerges during periods of acute emotional arousal, indicating that interventions should provide patients with concrete skills for tolerating crises and regulating intense affect in addition to modifying maladaptive beliefs.

Dialectical behavior therapy (DBT) was specifically developed to address severe emotional dysregulation, suicidal behaviors, and self-destructive behavioral patterns. Its central therapeutic framework combines acceptance and change and incorporates four principal skills domains: mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness. A landmark randomized controlled trial demonstrated that DBT was effective in reducing suicidal and high-risk behaviors among patients with borderline personality disorder when compared with treatment delivered by experts (Linehan et al., 2006). Subsequent meta-analytic evidence has further supported the effectiveness of DBT in reducing suicidal behaviors (DeCou et al., 2019). Reviews comparing DBT with schema therapy and psychodynamic psychotherapy have also identified DBT as an important intervention for reducing symptoms associated with borderline personality pathology and emotional instability (Sharifi, 2024).

Evidence from other clinical groups suggests that DBT may have utility beyond borderline personality disorder. Group DBT has been shown to reduce catastrophizing and rumination, two cognitive processes strongly implicated in emotional distress and depressive maintenance (Amini & Shariatmadar, 2018). More recently, DBT has been reported to reduce depressive symptoms and self-harming behaviors among adolescent girls with suicidal tendencies (Mahmoudi & Amini, 2025). Trauma-focused cognitive-behavioral approaches have also been investigated for reducing self-harming behaviors, further demonstrating the therapeutic value of targeting psychological processes underlying self-injury (Gajari, 2025). Despite these promising findings, relatively limited evidence is available regarding the effectiveness of DBT specifically among adults with chronic depression who engage in self-injurious behaviors. Given the persistence of depressive symptoms, entrenched maladaptive coping strategies, and recurrent emotional distress in this population, examining the efficacy and durability of DBT is clinically important. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing self-injurious behaviors among patients with chronic depression.

Methods and Materials

The present study was a clinical trial employing a pretest-posttest-follow-up design with an experimental group and a control group. The statistical population consisted of patients with chronic depression who attended counseling and psychotherapy centers in 2025. Forty patients, including 30 women and 10 men, were selected through purposive sampling. Eligibility criteria included a psychiatric diagnosis of persistent depressive disorder based on DSM-5 criteria, at least one episode of self-injurious behavior during the previous six months, and an age range of 18 to 60 years. After initial screening and matching according to age, sex, and depression severity, participants were randomly assigned to an experimental group and a control group, with 20 participants in each group. The mean age was 36.20 years in the experimental group and 36.75 years in the control group. Preliminary analyses confirmed that the two groups did not differ significantly in demographic and clinical characteristics before treatment.

Self-injurious behaviors were assessed using the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). The instrument was administered at three measurement points: pretest, posttest, and two-month follow-up. The Beck Depression Inventory-II was also administered at baseline to assess initial depression severity and verify the equivalence of the two groups. Mean baseline depression scores were 42.20 in the experimental group and 42.10 in the control group, and this difference was not statistically significant.

Participants in the experimental group received 12 weekly 90-minute sessions of dialectical behavior therapy based on the standard DBT protocol. The intervention focused on the four core DBT skills domains of mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness. Mindfulness training emphasized nonjudgmental awareness of thoughts, emotions, and internal experiences. Distress tolerance training focused on managing acute emotional crises without resorting to destructive behaviors. Emotion regulation skills were used to improve identification, understanding, and management of emotional experiences, while interpersonal effectiveness training focused on expressing needs, managing conflict, and improving interpersonal relationships. The control group received no psychological intervention during the study period. Posttest assessments were conducted after the completion of the intervention, and follow-up assessments were conducted two months later.

Data were analyzed using SPSS version 26. Baseline equivalence between groups was evaluated using chi-square tests and independent-samples *t* tests. Before conducting the primary analysis, statistical assumptions were examined using the Shapiro-Wilk test for normality, Levene's test for homogeneity of variances, Box's *M* test for homogeneity of covariance matrices, and Mauchly's test for sphericity. Repeated-measures analysis of variance was then used to evaluate changes in self-injurious behaviors across the three measurement occasions and between the two groups. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were performed to identify differences between measurement occasions, and partial eta squared was reported as the effect-size index. The significance level was set at 0.05.

Findings

The two groups were statistically comparable at baseline. No significant differences were found between the experimental and control groups with respect to age ($p=0.928$), sex ($p=0.716$), marital status ($p=0.933$), educational level ($p>0.999$), employment status ($p=0.932$), or duration of depression ($p=0.813$). Baseline depression severity was also comparable between the experimental and control groups (42.20 ± 3.47 vs. 42.10 ± 3.56 , respectively; $t=0.09$, $p=0.929$, Cohen's $d=0.028$).

Descriptive results demonstrated a pronounced reduction in self-injurious behavior scores among participants receiving DBT. In the experimental group, the mean self-injury score decreased from 18.95 ± 4.95 at pretest to 5.30 ± 5.03 at posttest and further to 4.30 ± 4.59 at follow-up. In contrast, the corresponding scores in the control group increased from 16.40 ± 4.88 at pretest to 18.45 ± 5.24 at posttest and 19.30 ± 5.83 at follow-up.

The statistical assumptions required for repeated-measures analysis were considered sufficiently satisfied. Levene's tests were nonsignificant across all measurement stages, Box's *M* test was nonsignificant (Box's $M=7.751$, $F=1.181$, $p=0.313$), and Mauchly's test supported the assumption of sphericity ($W=0.994$, $\chi^2=0.225$, $df=2$, $p=0.893$).

Repeated-measures analysis of variance showed a significant main effect of time on self-injurious behavior scores ($F=15.537$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.290$). The main effect of group was also significant ($F=111.801$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.746$). Most importantly, the time $\times$ group interaction was statistically significant ($F=31.793$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.456$), indicating that the pattern of change across time differed substantially between the experimental and control groups.

Bonferroni-adjusted pairwise comparisons showed a significant difference between pretest and posttest scores (mean difference= 5.800 , $SE=1.255$, $p<0.001$, 95% CI [2.656 , 8.944]) and between pretest and follow-up scores (mean difference= 5.875 , $SE=1.182$, $p<0.001$, 95% CI [2.914 , 8.836]). However, the difference between posttest and follow-up was not statistically significant (mean difference= 0.075 , $SE=1.189$, $p>0.999$, 95% CI [-3.053 , 2.903]), indicating maintenance of the therapeutic effect over the two-month follow-up period. Between-group comparisons further showed that the experimental group had significantly lower self-injury scores than the control group, with an estimated mean difference of -8.533 ($SE=0.807$, $p<0.001$, 95% CI [-10.167 , -6.900]).

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that dialectical behavior therapy produced a substantial and statistically significant reduction in self-injurious behaviors among patients with chronic depression. The significant time $\times$ group interaction is particularly important because it indicates that the pattern of improvement observed in the experimental group differed from the pattern observed in the control group. The reduction from a mean self-injury score of 18.95 at baseline to 5.30 after treatment, followed by a further decline to 4.30 at follow-up, suggests that the intervention was associated with both immediate and sustained therapeutic benefits.

The large effect sizes observed for the group effect and time $\times$ group interaction further support the clinical relevance of the intervention. These findings suggest that DBT may be especially suitable for patients with chronic depression whose self-injurious behaviors are closely linked to persistent emotional dysregulation. The intervention directly targets mechanisms that are likely to maintain self-injury, including poor distress tolerance, impulsive responses to negative affect, difficulty identifying and regulating emotions, and ineffective interpersonal coping. Through repeated practice of mindfulness and emotion regulation skills, patients may become more capable of identifying emotional triggers before they escalate into crises. Distress tolerance skills can provide practical alternatives to self-injury during periods of intense affect, whereas interpersonal effectiveness skills may reduce emotionally destabilizing conflicts and improve help-seeking behavior.

The maintenance of improvement at the two-month follow-up represents another important finding. The absence of a significant difference between posttest and follow-up suggests that therapeutic gains were not limited to the active treatment phase. This persistence may reflect the skills-based nature of DBT. Rather than relying exclusively on symptom reduction within therapy sessions, DBT teaches strategies that can continue to be applied independently in everyday situations. Once patients learn to observe emotional experiences without immediate behavioral reaction, tolerate distress, regulate affect, and respond more effectively in interpersonal situations, these skills can remain available after formal treatment has ended.

The findings also have implications for the treatment of chronic depression. Chronic depressive conditions are often associated with entrenched maladaptive cognitive and behavioral patterns, and self-injury may become a habitual method of managing negative affect. Accordingly, treatment may require more than attempts to reduce depressive symptoms alone. Directly targeting the behavioral and emotional processes associated with self-injury appears clinically valuable. The present findings indicate that DBT may complement conventional treatments for chronic depression by specifically addressing emotional crises and maladaptive coping patterns that might otherwise remain insufficiently treated.

Overall, the present study provides evidence that dialectical behavior therapy is an effective intervention for reducing self-injurious behaviors in patients with chronic depression. The intervention produced marked reductions in self-injury following 12 treatment sessions, and the improvement remained stable over a two-month follow-up period. The statistically significant interaction between time and group, together with the large effect size and sustained post-treatment improvement, supports the therapeutic value of DBT for this clinical population. Accordingly, integrating structured DBT skills training into treatment programs for patients with persistent depressive disorder and a history of self-injury may provide an effective strategy for reducing harmful behaviors, strengthening adaptive emotion regulation, and improving patients' capacity to cope with psychological distress.

References

- Abolghasemi, A., Sabet Dizkouhi, K., & Kafi, M. (2021). Comparison of Resilience, Self-Compassion, and Early Victimization Experiences in Students with and without Self-Injurious Behaviors. *Clinical Psychology and Personality, 19*(2), 45-56.

- Ahmadi Marvili, N., Mirzahosseini, H., & Monirpour, N. (2019). A Predictive Model of Self-Harming Behaviors and Suicidal Tendency Based on Attachment Styles and Personality Organization in Adolescent Students: The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Applied Psychological Research*, 10(3), 101-117.
- Amini, A., & Shariatmadar, A. (2018). The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Catastrophizing and Rumination in Mothers of Children with Intellectual Disabilities. *Counseling Culture and Psychotherapy Quarterly*, 9(34), 171-190.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Favieri, R., Favieri, F., Google, S., & Casagrande, M. (2024). New Addictions in Late Adolescence and Emerging Adulthood: How Attachment Style May Predict Problematic Use of Social Networks and Binge-Watching. *Healthcare*, 12(5), 556. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050556>
- Frost, R. O., Ong, C., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2016). Behavioral and Emotional Consequences of Thought Listing versus Cognitive Restructuring during Discarding Decisions in Hoarding Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 85, 13. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.003>
- Gajari, M. (2025). Examining the Effect of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy on Children's Self-Harming Behaviors. Bandar Abbas.
- Grundmanis, L. (2023). Examining the Relationship Between Non-Suicidal Self Injury and.
- Haddadi Kouhsar, A. A., Moradi, A., Ghobari Bonab, B., & Imani, F. (2018). Comparison of the Effectiveness of Spiritual Therapy Based on Iranian Culture with a Cognitive-Behavioral Approach and Mindfulness-Based Stress Reduction in Reducing Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Chronic Pain. *Clinical Psychology Studies*, 8(31), 1-30.
- Khanar, R. (2025). Cognitive-Existential Reconstruction of Identity and Explanation of the Meaning-Making Process of Authentic Happiness in Adolescents with Specific Learning Disorders: An Integrated Cognitive-Behavioral and Positive Psychology Approach. Bandar Abbas.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying Clinically Subgroups of Self-Injurers among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 22-27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.22>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., & Heard, H. H. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-Up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Ludvik, D., & Boschen, M. J. (2015). Cognitive Restructuring and Detached Mindfulness: Comparative Impact on a Compulsive Checking Task. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.004>
- Mahmoudi, A., & Amini, N. (2025). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Depressive Symptoms and Self-Harming Behaviors in Adolescent Girls with Suicidal Tendency. Eslamshahr.
- Sharifi, S. (2024). Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy, Schema Therapy, and Psychodynamic Psychotherapy in Reducing Symptoms and Signs of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. Mashhad.