

مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی

محمدجواد بگیان کوله‌مرزی^۱، جهانگیر کرمی^۲، خدامراد مومنی^۳، عادل‌الهی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۲

تاریخ وصول: ۹۷/۰۷/۲۹

چکیده

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی انجام شد. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه اجرا شده است. نمونه آماری این پژوهش ۴۸ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی و داوطلب شرکت در مداخله بود، که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین ۱۲۰ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. گروه‌های آزمایش ۱۴ جلسه سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز را دریافت کردند. و در مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه‌های درد ذهنی اورباخ و همکاران و دشواری‌های تنظیم هیجانی گراتز و رومر پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه لیست انتظار ۱۰ جلسه مشاوره گروهی برگزار شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که سیستم‌روان‌درمانی تحلیل

* مطالعه حاضر مستخرج از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی نویسنده اول از دانشگاه رازی می‌باشد.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)
javadbagiyan@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۴. استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران.

شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده اثربخش هستند ($P \leq 0/001$). بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه‌ی ضریب تأثیر نیز بیانگر کاهش معنادار و قابل توجه نمرات درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی بود و این نتایج در مرحله پیگیری حفظ شد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش مؤلفه‌های درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی می‌توان از این مداخله‌ها در کنار درمان دارویی و دیگر درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی به‌عنوان روش‌های درمانی مفید و مکمل استفاده نمود.

واژگان کلیدی: سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز، درد ذهنی، دشواری‌های تنظیم هیجانی، اقدام به خودکشی.

مقدمه

خودکشی^۱ از معضلات دنیای حاضر به شمار می‌رود؛ بر اساس آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۱۴) سالانه بیش از ۸۰۴۰۰۰ هزار نفر به علت خودکشی جان خود را از دست می‌دهند؛ به‌طوری‌که در سال ۲۰۱۴ دومین علت اصلی مرگ‌ومیر افراد ۱۵-۲۹ ساله در سطح جهان شناخته شده است که بروز استاندارد آن ۱۱/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت است (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) برآورد شده است. بر مبنای تعریف مرکز مطالعات مؤسسه ملی بهداشت روانی^۳ آمریکا، خودکشی تلاش آگاهانه به‌منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند (لینارس^۴، ۲۰۱۰). افکار خودکشی به افکار و باورهای گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل ملاحظه را در بر می‌گیرد اما شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی‌شود (دراپو، کارل، مور^۵، ۲۰۱۶). با وجود اینکه برخی از خودکشی‌ها به‌صورت ناگهانی اتفاق می‌افتند، اما اغلب آن‌ها دارای نشانه‌های پیش‌رونده کلامی و رفتاری در طول زمان هستند. بنابراین برای پیشگیری لازم است به این نشانه‌ها توجه و در پی یافتن راه‌حل‌های پیشگیرانه

1. Suicide
2. World Health Organization (WHO)
3. National Institute of Mental Health (NIMH)
4. Leenaars
5. Drapeau, Cerel & Moore

در قبال آن‌ها بود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). در ایران طبق فرا تحلیل انجام شده در سال ۱۳۹۵، میزان بروز خودکشی در کشور ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است؛ که این میزان در مردان ۱۱/۱ و در زنان ۷/۴ برآورد شده است. همچنین طبق آخرین گزارش‌ها میزان خودکشی در ایران ۸ (در دامنه بین ۶/۸ تا ۹/۱) در صد هزار نفر برآورد شده است که نسبت به نرخ جهانی دارای بروز کمتر و در بین کشورهای دنیا در رده ۵۸ قرار دارد (دلیری، بازیار، سایه میری، دل پیشه و سایه میری، ۱۳۹۵).

یکی از عوامل خطر ساز اقدام به خودکشی درد ذهنی^۱ (روان‌شناختی)^۲ است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که نرخ افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلابه درد ذهنی در مقایسه با جمعیت عمومی دو الی سه برابر بیشتر است (ون هرینگن، وان دن آبل، ویرویت، سنن، او دن آرت^۳، ۲۰۱۰). اشنایدمن^۴ (۱۹۹۹) اولین بار اصطلاح درد ذهنی (روان‌شناختی) را برای توصیف درد ذهنی غیرقابل تحمل به کار برد. وی اعتقاد داشت که درد ذهنی توسط ناکامی یا بی‌نتیجه ماندن نیازهای اساسی فرد (برای مثال، مورد عشق واقع شدن، کنترل داشتن، حمایت از خودانگاره خویش، اجتناب از شرم و خجالت، احساس امنیت داشتن یا درک شدن) ایجاد می‌شود که در آن شخص بدون رضایت بوده و صرفاً نمی‌تواند دیگر زنده بماند. ناکامی در ارضای این نیازها منجر به ترکیبی از احساسات منفی مانند احساس گناه، شرم و خجالت، شکست، تحقیر، بی‌حرمتی غم و اندوه، ناامیدی و خشم می‌شود (مرویک، فورد و وایس^۵، ۲۰۱۵). از دیدگاه اورباخ، میکولینسر، سیروتا، گیلبو-ا-شچتمن^۶ (۲۰۰۳) درد ذهنی به‌عنوان دامنه وسیعی از تجربه‌های ذهنی توصیف می‌شود که به‌عنوان ادراک تغییرات منفی در خود و عملکرد فرد مشخص می‌شود که با احساسات منفی شدیدی همراه است. با توجه به مدل آن‌ها، درد ذهنی یک تجربه ذهنی است که مجزا از دیگر حالات منفی و احساساتی مانند افسردگی و اضطراب است (کرمی، بگیان کوله‌مرز، مومنی و الهی، ۱۳۹۷).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و ایده‌پردازی خودکشی نیز ارتباط مستقیم وجود دارد (مه‌دیه، عبدالهی و حسنی، ۱۳۹۳). تنظیم هیجان

1. Mental Pain

2. Psychological pain

3. Van Heeringen, Van den Abbeele, Vervaet, Soenen & Audenaert

4. Shneidman

5. Meerwijk, Ford & Weiss

6. Orbach, Mikulincer, Gilboa. Schechtman & Sirota

فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند تا به‌طور درخور به تقاضاهای محیطی گوناگون پاسخ دهند (گروس^۱، ۲۰۱۴، ب). تنظیم هیجان فرایندی است که منجر به تغییر در نوع، شدت، مدت و بیان احساسات می‌شود که باعث پرورش سطح بهینه‌ای از تعامل با محیط شده و در به راه‌اندازی و حفظ رفتار انطباقی و کاهش استرس، و تجربه هیجان‌های منفی و رفتار ناسازگارانه حائز اهمیت است (گراپر و کاسوف^۲، ۲۰۱۴). گراتز و رومر^۳ (۲۰۰۴) تنظیم هیجان را به‌عنوان مقوله‌ای مشتمل بر الف) آگاهی و درک هیجان، ب) پذیرش هیجان‌ها و ج) توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به‌منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی تعریف کرده‌اند. پژوهش‌های متعددی ارتباط بین تنظیم هیجان و اختلالات روانی گوناگونی را نشان داده‌اند، به‌گونه‌ای که اشکال در تنظیم هیجان به‌عنوان یک مؤلفه کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالات خاص، مانند اختلال شخصیت مرزی (اسچولز، اسچماه و نیدفلد^۴، ۲۰۱۶)، اضطراب و اختلال افسردگی اساسی (اشنایدر، ارچ، لندی و هانگین^۵، ۲۰۱۶)، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال اضطراب اجتماعی (گنگک، لی، زانگ و رست^۶، ۲۰۱۵؛ فروزش یکتا و همکاران، ۱۳۹۷) اختلالات خوردن (ایناموراتی^۷ و همکاران، ۲۰۱۷)، رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن مثل ناخن جویدن و کندن پوست (رابرتس، اکانور و بلانگر^۸، ۲۰۱۳)، اختلال احتکار (فرناندز- دلاگروز^۹ و همکاران، ۲۰۱۳)، اختلالات مرتبط با سوء‌مصرف مواد و الکل (افلاطون و کویزانسکی^{۱۰}، ۲۰۱۴) و رفتارهای خودکشی گرا (نیگاسیو، فانگک، رودریگز و روزنتال^{۱۱}، ۲۰۱۷) ارائه شده است.

باوجود اینکه درمانگران بالینی برای مقابله با ژرف‌ترین مشکل بشر به‌گونه‌ای حیرت‌انگیز فاقد ابزار مناسب هستند، اما دربارهٔ اختلال‌هایی که با اقدام به خودکشی

1. Gross
2. Gruber & Cassoff
3. Gratz & and Roemer
4. Schulze, Schmahl & Niedtfeld
5. Schneider, Arch, Landy & Hankin
6. Gong, Li, Zhang & Rost
7. Innamorati
8. Roberts, O'Connor & Bélanger
9. Fernández de la Cruz
10. Appleton & Kubzansky
11. Neacsu Fang, Rodriguez & Rosenthal

همبسته هستند (افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل، اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات اضطرابی)، رویکردهای به نسبت سازمان یافته و رهنمودی ارائه دادند. با این حال متأسفانه هیچ‌گونه راهبرد مبتنی بر تجربه‌ای که رفتار خودکشی گرایانه را به طور مستقیم و اختصاصی آماج قرار دهد در دسترس درمانگران نبوده است (کربلایی محمد میگونی، احدی، پاشا شریفی و جزایری، ۱۳۸۹)، کاهش نشانه‌ها و علائم آشفتگی روان‌شناختی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن مستلزم کاربرد درمان‌های بلندمدت و روش‌های درمانگری خاص و عمیق‌تری برای رفع کمبود مهارت‌های اختصاصی نظیر خود نظم‌بخشی هیجانی، عدم تاب‌آوری و تحمل پریشانی، کنترل خشم و جرأت‌ورزی است. در این میان یکپارچه کردن رفتاردرمانی دیالکتیکی که به‌ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خودآسیبی نظیر جرح خویشتن، افکار خودکشی، میل به خودکشی و تلاش برای خودکشی دارند با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌شفقت‌ورز که سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان شناختی رفتاری صورت گرفت (قربانی، واتسون، چن^۱ و نوربالا، ۲۰۱۲) و اثربخشی آن بر کاهش مشکلات هیجانی (گیلبرت، ۲۰۱۴)، افسردگی، اضطراب (براینس^۲ و همکاران، ۲۰۱۴)، نگرانی، ترس و حملات پانیک (تیرچ^۳، ۲۰۱۲)، روان‌پریشی (براهلر^۴ و همکاران، ۲۰۱۲) و رفتارهای شبه‌خودکشی (جسیکا و کالنینس^۵، ۲۰۱۱)، به‌عنوان سازه‌ای نوپا در روان‌شناسی مورد توجه قرار گرفت؛ می‌توان با انجام این پژوهش خلأ موجود را پوشش دهد، بنابراین انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارآیی این مدل به‌خصوص در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از فرهنگ غرب دارد، ضرورتی برای تدوین و به‌کارگیری یک رویکرد یکپارچه برای کاهش انگیزه‌های اقدام به خودکشی بود.

از سوی دیگر سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری^۶ (CBASP) که توسط مک‌کالو^۷ (۲۰۱۰) برای درمان افسردگی مزمن طراحی شده است و مدل درمان بین فردی را با درمان شناختی- رفتاری ترکیب می‌کند؛ به افراد آموزش می‌دهد که چگونه الگوهای

-
1. Watson & Chen
 2. Breines
 3. Tirch
 4. Braehler
 5. Jessica & Kalnins
 6. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
 7. McCullough

رفتاری و شناختی‌شان، مشکلات و الگوهای ناسازگار بین فردی را ایجاد و تداوم می‌بخشند (سوان و هول^۱، ۲۰۰۷)؛ نتایج مطالعات اثربخشی این رویکرد را برای طیف وسیعی از اختلالات روانی همچون افسردگی مزمن همبود با درد، اختلالات شخصیت به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای خودکشی گرا، مصرف مواد و رفتارهای اعتیادآور، الکل و اختلال استرس پس از سانحه (مک‌کالو، شرم و بنپرتی^۲، ۲۰۱۴)، مشکلات رفتاری کودکان تا تعارضات زوجها و اختلالات اضطرابی (دریسکول، کوکروویکس، ریردون و جوینر^۳، ۲۰۰۴) تأیید کرده‌اند. نتایج مطالعات فورکمن، براک میر، تیسام، اسپرام و میکلاگ^۴ (۲۰۱۶) در یک کار آزمایشی بالینی کنترل‌شده نشان می‌دهد که، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری بر کاهش ایده پردازی خودکشی و علائم افسردگی اثربخش هستند. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که بین دو درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. سایق و همکاران^۵ (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که، سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری باعث کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش سازگاری اجتماعی و مهارت‌های مقابله با استرس در گروه آزمایش شده است. وانگ، چن، پون، تنگ و جین^۶ (۲۰۱۷) در پژوهشی دریافتند که، درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش پرخاشگری، تکانشگری و احساس گناه و شرم ناشی از مصرف مواد اثربخش است. مهلم^۷ و همکاران (۲۰۱۶) در یک پیگیری ۱ ساله نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با مراقبت‌های معمولی فراوانی رفتارهای خود آسیب‌رسان، ایده پردازی خودکشی، ناامیدی، افسردگی و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را در گروه آزمایش کاهش و سطح عملکرد کلی را افزایش داده است و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

در مجموع با توجه به تمرکز اولیه درمان CBASP بر تعاملات بین فردی و حل مسئله اجتماعی به همراه تأکید بر نیازهای هیجانی، توجه هر دو رویکرد به یک نظریه بیوسایکوسوشیال^۸ (زیستی، روانی - اجتماعی) انگیزه‌ای شد که پژوهشگران این درمان را

1. Swan & Hull
2. Schramm & Penberthy
3. Driscoll, Cukrowicz, Reardon & Joiner
4. Forkmann, Brakemeier, Teismann, Schramm & Michalak
5. Sayegh and et all
6. Wang, Chen, Poon, Teng & Jin
7. Mehlum
8. Biopsychosocial

در افراد اقدام کننده به خودکشی به کارگیرند و زمینه‌ساز مداخلات بعدی برای پژوهشگران شوند که این علت‌ها ضرورت انتخاب این دو روان‌درمانی را برای افراد اقدام کننده به خودکشی نشان می‌دهد.

روش

این پژوهش از نوع هدف کاربردی و از نوع داده‌ها، یک پژوهش کمی است. طرح نیمه آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه گواه^۱ شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- انتخاب تصادفی از نمونه پژوهش، ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۴- اجرای متغیر مستقل روی گروه‌های آزمایشی، ۵- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و ۶- اجرای پیگیری بعد از ۱ ماه.

جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه افراد ۱۶ تا ۴۰ ساله اقدام کننده به خودکشی به روش مسمومیت دارویی در فاصله ماه‌های مهر تا بهمن سال ۱۳۹۶ بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه تشکیل می‌دادند. نمونه آماری این پژوهش ۴۸ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی بود که با توجه به ملاک‌های ورود مطالعه (۱- افراد نمونه تحقیق اقدام به خودکشی به روش مسمومیت دارویی کرده باشند؛ ۲- برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده باشند، ۳- دارا بودن حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۰؛ ۴- داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها؛ ۵- مصرف دارو یا مداخله‌ای زیستی توسط روان‌پزشک تا زمان ورود به روان‌درمانی؛ ۶- از شش ماه قبل از ورود به پژوهش از روان‌درمانی دیگری استفاده ننموده باشند، ۷- بر اساس تشخیص پزشکی و روان‌پزشکی فرد بیماری جسمانی و روان‌شناختی (مانند معلولیت جسمانی و یا صرع که مانع شرکت در جلسات شود) و معیارهای خروج از پژوهش (۱- عدم تمایل برای شرکت در جلسات؛ ۲- فرد متقاضی دریافت کمک‌های دیگری همچون خدمات مددکاری اجتماعی باشد و یا هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر شرکت داشته باشد؛ ۳- داشتن علائم روان‌پریشی (توهم و هذیان فعال)، دارای تاریخچه‌ای از مانیا یا هیپومانیا، بیماران عقب‌مانده ذهنی، ۴- دریافت مداخلات روان‌درمانی سه جلسه‌ای که توسط مراکز

1. The pretest. Posttest. Follow up control group design

بهداشتی و درمانی برای افراد اقدام کننده به خودکشی پس از ترخیص از بیمارستان ارائه می‌شود) به شیوه تصادفی از بین ۶۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها انتخاب؛ و در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی برخوردار باشد، تعداد نمونه ۴۸ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰). در این پژوهش با توجه به الگوی رفتاردرمانی دیالکتیکی میلر، راتوس و لینهان^۱ (۲۰۰۶) برای خودکشی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز گیلبرت (۲۰۱۴) باید از گروه‌های ۶ تا ۸ نفری استفاده شود. ولی برای این که پژوهش اعتبار بیرونی بالای داشته باشد، و پژوهشگران به خاطر عمل افت آزمودنی با مشکل تعمیم‌پذیری مواجه نشوند برای هر گروه ۱۶ نفر در نظر گرفتند. تداخل عمل‌های آزمایشی نیز با ایجاد ملاک ورود و خروج کنترل شد.

ابزارهای پژوهش: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک^۲: اطلاعات مورد نیاز این پرسشنامه به وسیله چک‌لیست خود ساخته که شامل اطلاعات دموگرافیک افراد اقدام کننده به خودکشی نظیر سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، روش اقدام به خودکشی، نوع داروی مصرفی برای خودکشی، زمان اقدام، وجود یا عدم وجود تصمیم قبلی برای اقدام به خودکشی، سابقه قبلی اقدام به خودکشی جمع‌آوری شد.

مصاحبه بالینی بر مبنای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختاریافته از مجموعه نظام‌داری از سؤالات اختصاصی تشکیل می‌شوند که هدف آن‌ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجع است که به نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). این مصاحبه بر اساس الگوی رابرت یافیت از مراجعین انجام شد.

پرسشنامه درد ذهنی اورباخ و میکولینسر^۴ (OMMP): این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۴

-
1. Miller, Rathus & Linehan
 2. Demographic Questionnaire
 3. American Psychiatric Association (APA)
 4. Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP)

سؤال است و اعتباریابی اولیه آن بر روی ۲۵۵ دانشجوی انجام شد. تحلیل عوامل اکتشافی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ۹ خرده مقیاس را برای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف درد ذهنی شامل تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی / بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک زدگی (بهت)، ازخودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی‌معنایی) را شناسایی کرد. در یک مطالعه اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کروباخ این پرسشنامه را در خرده مقیاس‌های تغییرناپذیری ۰/۹۵، فقدان کنترل ۰/۹۵، خودشیفتگی / بی‌ارزشی ۰/۹۳، آشفتگی هیجانی ۰/۹۳، خشک زدگی (بهت) ۰/۸۵، ازخودبیگانگی ۰/۷۹، سردرگمی ۰/۸۰، فاصله‌گیری اجتماعی ۰/۸۰ و پوچی (بی‌معنایی) ۰/۷۵ گزارش کردند. لازم به ذکر است در این مقیاس آیتم‌های ۲۵ و ۴۲ نمره‌گذاری معکوس می‌شوند. کرمی و همکاران (۱۳۹۷) در تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی مقدار کیسر- مایر- الکین^۱ KAMO برابر با ۰/۹۴۲ و مقدار مجذور کای انتقال‌یافته آزمون کرویت بارتلت^۲ برابر با ۱۱۱۲۷/۹۸۹ به گزارش کردند که با درجه آزادی ۹۴۶ معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$). همچنین جدول کل واریانس تبیین شده، نشان داد که ۶ عامل در مجموع ۶۶/۴۰۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کروباخ برای کل پرسشنامه درد ذهنی ۰/۹۶۶ و برای عامل پوچی (بی‌معنایی) و بی‌ارزشی ۰/۹۵۲، عامل سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹۳، عامل فقدان کنترل ۰/۸۷۷، عامل تغییرناپذیری ۰/۸۷۲، عامل فاصله‌گیری اجتماعی / ازخودبیگانگی ۰/۸۶۹ و عامل ترس از تنهایی ۰/۶۱۷ به دست آمد (کرمی و همکاران، ۱۳۹۷).

پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی^۳ (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که توسط گراتز و رومر^۴ (۲۰۰۴) طراحی شده است. این پرسشنامه شامل شش خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت) است. نحوه پاسخ‌دهی به این مقیاس بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس است

1. Kaiser. Meyer .Olkin
2. Bartlett, s test of sphericity
3. Difficulty Emotion Regulation Scale (DERS)
4. Gratz and Roemer

(گراتز و رومر، ۲۰۰۴). گراتز و رومر ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه را ۰/۹۳ و خرده مقیاس‌های آن را بزرگ‌تر از ۰/۸۰ گزارش کردند که نشان دهنده همسانی درونی این پرسشنامه است. پایایی آزمون-بازآزمون آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای برای (زیر مقیاس‌ها $P < 0.01$ و $P > 0.57$ و نمره کل $P < 0.01$ ، $P = 0.88$) مناسب گزارش شد. در ایران خان‌زاده، سعیدیان، حسین‌چاری و ادریسی (۱۳۹۱) پایایی این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی بر اساس آلفای کرونباخ (و باز آزمایی) برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۸ (و ۰/۹۱)، دشواری در انجام رفتار هدفمند ۰/۸۱ (و ۰/۸۶)، دشواری در کنترل تکانه ۰/۸۱ (و ۰/۸۳)، فقدان شفافیت هیجانی ۰/۷۴ (و ۰/۸۱)، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۶۶ (و ۰/۷۹) و راهبردهای محدود ۰/۸۳ (و ۰/۸۸) گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۳ و به ترتیب برای خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان‌ها ۰/۸۴، دشواری‌های کنترل تکانه ۰/۷۶، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۷۶ و شفافیت هیجانی ۰/۷۵ به دست آمد.

در این پژوهش پژوهشگر با یکپارچه کردن دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز سعی در تدوین یک برنامه درمانی جامع داشته‌اند که ساختار جلسات درمانی آن بر اساس راهنمای رفتاردرمانی دیالکتیکی میلر و همکاران (۲۰۰۶) و گیلبرت (۲۰۱۴) تدوین شده است. همچنین ساختار جلسات CBASP گروهی بر اساس راهنمای جامع سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری سایق و بنپرتی (۲۰۱۶) برای افسردگی همراه با ایده پردازی خودکشی تدوین شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن

شفقت ورز و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری

CBASP	DBT and CMT
جلسه اول) معرفی اعضای گروه، رئوس مطالب	جلسه اول) آموزش افزایش ثبات ذهنی؛ این جلسه
جلسات درمان CBASP گروهی، توافق‌های گروه،	گروهی، شامل مقدمات و اهداف فرد، یک فعالیت برای
ارزیابی نشانه‌های کنونی مراجعین، آشنایی	شکستن سکوت و آغاز، بیان قواعد گروه، توافقات و
شرکت‌کنندگان با یکدیگر، ارائه مروری کلی از	مفروضه‌های درمانگر راجع به درمان است.
رویکرد درمانی، ارائه یک ساختار کلی، نمودار	جلسه دوم) مرور تکالیف خانگی، آموزش ذهن آگاهی
خلق‌وخو و راهبردهای کلی دارودرمانی.	صحبت راجع به سه حالت ذهنی. ذهن منطقی، ذهن
جلسه دوم) مرور تکالیف خانگی، در چه حوزه بین	هیجانی و ذهن خردگرا، صحبت راجع به سه ساختار مغز:
فردی مشکل داشتید؟، جدول ثبت فعالیت شما، چرخه	مغز قدیمی، مغز جدید و مغز اجتماعی، پیش به سوی ذهن
افسردگی، ناامیدی، بی‌فعالیتی + هیجان‌های منفی +	خردگرا و اجتماعی.

<p>عدم تحمل پریشانی (رنج و درد هیجانی و روان‌شناختی) اقدام به خودکشی می‌شود.</p> <p>جلسه سوم) مرور تکالیف خانگی، تفکر ناسازگار چگونه می‌تواند به مقابله ناسازگار بی‌انجامد، چه طور می‌توانیم این چرخه را بشکنیم؟ تحلیل موقعیتی^۱ (پرسشنامه ارزیابی مقابله‌ای)، فهم مراحل تحلیل موقعیتی در میان گروه و تمرین یک نمونه تحلیل موقعیتی (SA).</p>	<p>جلسه سوم) مرور تکالیف خانگی، کشت بینش در تجربه‌ی طبیعی ذهن؛ شفقت به‌عنوان ذهنیت اجتماعی، رقابت، مراقبت، آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی در سرواژه</p> <p>ACCEPTS</p> <p>جلسه چهارم) مرور تکالیف خانگی، آموزش توجه بردانی با استفاده از هفت حاکم هیجان‌ها، فعالیت‌ها، ترک کردن، حواس، افکار، کمک کردن، مقایسه و آموزش مهارت تحمل پریشانی در سرواژه‌ی</p>
<p>جلسه چهارم) مرور تکالیف خانگی، هفته گذشته چه فعالیت‌هایی انجام دادید؟ دوره اصلاح تحلیل موقعیتی و تحلیل موقعیتی بعدی.</p> <p>جلسه پنجم) مرور تکالیف خانگی، هفته گذشته چه فعالیت‌هایی انجام دادید؟ تمرین تحلیل موقعیتی (SA) با دوره‌های فراخوانی و اصلاح استفاده از تحلیل موقعیتی برای درک تأثیر رفتارهای بین فردی.</p> <p>جلسه ششم) مرور تکالیف خانگی، حوزه بین فردی شما، این حوزه چگونه با دیگر افراد گروه بیان می‌شود؟ استفاده از حوزه بین فردی برای درک تأثیر در میان مجموعه رفتارهای بین فردی ما و اینکه آیا این پیامد دلخواه^۲ (DO) شماست.</p>	<p>DISTRAC</p> <p>جلسه پنجم) مرور تکالیف خانگی، آموزش تحمل پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های راهی از بحران؛ شامل مهارت‌های موسوم به IMPROVE (بهبود شرایط) و بررسی جوانب مثبت و منفی و ایجاد یا افزایش معنا در زندگی با استفاده از سرواژه SPECIFIC PATHS.</p> <p>جلسه ششم) مرور تکالیف خانگی، کاشت متانت و نوع دوستی در مقابل عدم قضاوت، داستان گیسو گوتامی و تحمل پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های دیداری با استفاده از یادیار VISION و مفاهیم پایه‌ای پذیرش واقعیت.</p>
<p>جلسه هفتم) مرور تکالیف خانگی، تمرین تحلیلی موقعیتی (SA) با دوره‌های فراخوانی^۳ و اصلاح^۴ استفاده از تحلیل موقعیتی برای درک تأثیر رفتارهای بین فردی ما بر دیگران در داخل و خارج از گروه؛ درمانگر از مشارکت شخصی منظم^۵ (DPI) با یک تمرین تمایز بین فردی^۶ (IDE) یا پاسخ‌دهی شخصی مشروط^۷ (CPR) استفاده می‌کند تا درباره تأثیر یادگیری یک فرد بر دیگری تأکید کند.</p> <p>جلسه هشتم) مرور تکالیف خانگی، درک تعامل بین فردی، چرخه روابط بین فردی، ارزش‌های بین فردی،</p>	<p>جلسه هفتم) مرور تکالیف خانگی، درک و قدردانی از دیگران، مهارت‌های چگونگی بدون قضاوت، توأم با ذهن آگاهی، تجربه‌تان را در بهره‌گیری از هر یک از این مهارت‌ها در طول هفته توضیح دهید.</p> <p>جلسه هشتم) مرور تکالیف خانگی، پرورش محبت و همدلی، هرروز این مراقبت‌ها را نسبت به خود داشته باشید؛ CARES آموزش کارآمدی بین فردی، مهارت GIVE را در موقعیت‌ها امتحان کنید.</p> <p>جلسه نهم) مرور تکالیف خانگی، آموزش کارآمدی بین فردی مهارت‌های مورد توجه در این جلسه شامل مهارت موسوم به DEARMAN (سرواژه چند مهارت) به‌عنوان</p>

1. Situational Analysis (SA)
2. Desired outcome (DO)
3. Elicitation
4. Remediation
5. Disciplined Personal Involvement (DPI)
6. Interpersonal Discrimination Exercise (IDE)
7. Contingent Personal Responsivity (CPR)

<p>اثربخشی بین فردی، نیمرخ بین فردی شما چگونه، با رفتارهای بین فردیتان در داخل گروه مرتبط است؟ هشت روش ارتباط بین فردی.</p> <p>جلسه نهم) مرور تکالیف خانگی، چرخه روابط بین فردی - پرسشنامه مشکلات بین فردی، درک نمرات انتهایی تعارض بین فردی، درک برخی از الگوهای بین فردی معمولی افراد اقدام کننده به خودکشی، فکر می‌کنید در تعاملات بین فردی انعطاف‌پذیر یا انعطاف‌ناپذیر هستید؟ پیامدهای اجتناب بین فردی چیست؟</p> <p>جلسه دهم) مرور تکالیف خانگی، تعاملات تکمیلی (مکمل) و غیر تکمیلی (غیر مکمل) چه هستند؟ آیا آن چیزی را که از دیگران می‌خواهید به دست می‌آورید؟ آیا انگیزه‌های پنهان شما دیگران را فراری می‌دهد؟ پیامد دلخواه شما چیست؟ نمونه‌های پاسخ‌دهی شخصی مشروط در CBASP گروهی.</p>	<p>روشی در اثربخشی عینی (رسیدن به هدف) یا رسیدن به خواسته را شامل می‌شود.</p> <p>جلسه دهم) مرور تکالیف خانگی، آموزش کارآمدی بین فردی مهارت‌های مورد توجه در این جلسه شامل مهارت موسوم به FAST به عنوان روشی جهت حفظ احترام به خود در روابط می‌شود و ارائه مهارت‌های اعتباربخشی در کارآمدی بین فردی.</p> <p>جلسه یازدهم) مرور تکالیف خانگی، بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت، تمرین شماره ۱؛ چه چیزی در من تغییر کرد؟، تمرین شماره ۲؛ مشاهده‌ی موسیقی، تمرین شماره ۳؛ متعادل نگاه‌داشتن تخم‌مرغ، تمرین شماره ۴؛ تمرکز بر رایحه‌ی دلپذیر، تمرین شماره ۵؛ خوردن کشمش با ذهن آگاهی و تمرین شماره ۶؛ تمرین آب‌نبات تعویضی.</p>
<p>جلسه یازدهم و دوازدهم) مرور تکالیف خانگی، فراهم کردن کامل آن استفاده از تحلیل موقعیتی برای درک آن چیزی که می‌خواهید و یادگرفتن این که چه طور آن را به دست بیاورید و نیمرخ بین فردی.</p> <p>جلسه سیزدهم و چهاردهم) مرور تکالیف خانگی، آمادگی برای پایان دادن، ارزیابی کردن یادگیری، بازبینی اهدافتان و خداحافظی کردن ادامه CBASP گروهی نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای مدت یک ماه به منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسشنامه‌ها.</p>	<p>جلسه دوازدهم) مرور تکالیف خانگی، آموزش تنظیم هیجان مدل زیستی، روانی و اجتماعی هیجانان، آموزش مهارت‌های هیجانان در سرواژه (EMOTIONS)، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، با استفاده از مهارت موسوم به PLEASEMASTER را در بر می‌گیرد.</p> <p>جلسه سیزدهم) مرور تکالیف خانگی، آموزش تنظیم هیجان درمان بیماری جسمی، ایجاد تعادل در خوردن، رهایی از داروهای تغییردهنده خلق، اگر در خوابیدن مشکل دارید، از یک برنامه خواب پیروی کنید. ورزش کردن، ایجاد تسلط. آموزش سرواژه اعتماد به هیجانان (TRUST).</p>
<p>جلسه چهاردهم) مرور تکالیف خانگی، اهداف (OBJECTIVES) بیرونی، باورها، قضاوت کننده‌ها، هیجانان، پیامدها و زمان، درون‌نگری، ارزش‌ها، خاتمه و آشکارسازی، اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت. نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای مدت یک ماه به منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسشنامه‌ها.</p>	<p>جلسه چهاردهم) مرور تکالیف خانگی، اهداف (OBJECTIVES) بیرونی، باورها، قضاوت کننده‌ها، هیجانان، پیامدها و زمان، درون‌نگری، ارزش‌ها، خاتمه و آشکارسازی، اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت. نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای مدت یک ماه به منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسشنامه‌ها.</p>

روش اجرای پژوهش: روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ۱- درمانگر دوره‌های آموزشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی و

درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز^۱ (CMT) را گذرانده است، ۲- در مرحله بعد با توجه به پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی میلر و همکاران برای خودکشی و گیلبرت برای رفتارهای خودآسیبی دست به یکپارچه کردن این دو رویکرد زده است، ۳- روایی محتوایی پروتکل درمانی توسط دو تن از اساتید روان‌شناسی بالینی و یک استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تأیید شده است، ۴- پروتکل مداخله بر روی یک گروه از افراد با حجم نمونه ۱۰ نفری اجرا و تغییرات لازم در متن و محتوای پروتکل برای نمونه نهایی اعمال شد، ۵- در ادامه با هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و کسب مجوز پژوهش از مسئولین مراکز درمانی به شماره IR. KUMS. REC. 1396. 399 اقدام شد، ۶- برقراری ارتباط اولیه با افرادی که به شیوه مسمومیت دارویی اقدام به خودکشی کرده بودند، ۷- انتخاب تصادفی ۴۸ نفری که متمایل به شرکت در جلسات آموزشی بودند؛ از بین ۱۲۰ نفر، ۸- انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-V) و چک‌لیست ارزیابی خودکشی یافت، ۹- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها، جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها، توافق درباره هدف‌ها، موضوع، روش اجرای گروهی، شرایط و زمان برگزاری جلسات با هر یک از داوطلبان مصاحبه فردی انگیزشی (مسئولیت‌پذیری، قابلیت همکاری در جلسات و در خارج از جلسات و نیز شرایط ورود به جلسات) انجام گرفت، ۱۰- تنظیم یک قرار دارد درمانی مبنی بر اینکه شرکت‌کنندگان در فاصله مداخلات درمانی اگر ایده پردازی خودکشی داشتند با درمانگر تماس بگیرند پاسخ دادن شرکت‌کنندگان به فرم رضایت‌نامه آگاهانه، ۱۱- ارسال دعوت‌نامه به آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی برای شرکت در جلسات آموزشی، ۱۲- آموزش سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز، در قالب ۱۴ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته برای گروه‌های آزمایشی (هر جلسه آموزشی، شامل دو بخش ۵۰ دقیقه‌ای بود و بین هر بخش ۲۰ دقیقه صرف چای و شیرینی شد)، ۱۳- یک هفته پس از اتمام جلسات آموزشی، اجرای پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایشی و گواه انجام شد، ۱۴- یک ماه پس از اتمام جلسات آموزشی، پس‌آزمون دوم با به‌کارگیری همان پرسشنامه‌های مورد استفاده در پیش‌آزمون بر روی دو

1. Compassionate Mind Therapy (CMT)

گروه آزمایشی انجام شد و ۱۵- پس از پایان پژوهش به منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه گواه (لیست انتظار) ۱۰ جلسه مشاوره گروهی برگزار شد. لازم به ذکر است در نهایت از هر گروه به دلیل دریافت خدمات روان‌پزشکی و غیبت بیش از سه جلسه ۳ نفر از مطالعه کنار گذاشته شدند.

یافته‌ها

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن واریانس‌ها (نتایج مرحله پس‌آزمون شاپیرو-ویلک^۱ بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای درد ذهنی در مرحله پس‌آزمون ($Z=0/974$, $df=39$, $P\leq 118$)، و پیگیری ($Z=0/967$, $df=39$, $P\leq 214$)، دشواری‌های تنظیم هیجانی در مرحله پس‌آزمون ($Z=0/965$, $df=39$, $P\leq 204$) و پیگیری ($Z=0/987$, $df=39$, $P\leq 236$)، خطی بودن^۲ (بررسی با استفاده از نمودار پراکندگی^۳)، هم خطی چندگانه^۴ (محاسبه ضرایب همبستگی بین متغیرهای کوواریت‌ها^۵ و نداشتن همبستگی بالایی^۶ $0/90$)، بررسی داده‌های پرت (استفاده از نمودار باکس ویسکر^۷)، همگنی واریانس‌ها^۸ (نتایج آزمون لوین^۸ نشان داد که شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در هر سه گروه یکسان است؛ نتایج آزمون باکس^۹ نشان داد که همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس نیز به درستی رعایت شده است).

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون^{۱۰} است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی با متغیرهای مستقل

1. Shapiro-Wilk
2. Linearity
3. Scatter plot
4. Multicollinearity
5. Covariate
6. Box Whisker
7. Homogeneity of variance
8. Leven's test of equality variances
9. Box's M test
10. Homogeneity of regression

در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی برای درد ذهنی (پس‌آزمون $P \geq 0/05$ Wilkes Lambda = $0/540$ و $F = 2/874$ $P = 0/121$) و دشواری‌های تنظیم هیجانی (پس‌آزمون $P \geq 0/05$ Wilkes Lambda = $0/631$ و $F = 1/214$ $P = 0/247$) می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود آماره‌های چند متغیری مربوطه یعنی لامبدا و یکس معنی‌دار نمی‌باشند ($P \geq 0/05$). بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیونی برقرار می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمرات دشواری‌های تنظیم هیجانی و درد ذهنی به همراه مؤلفه‌های آن‌ها در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروهی آمده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایشی پس از دریافت مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نمرات پایین‌تری در دشواری‌های تنظیم هیجانی و درد ذهنی به دست آوردند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون-

پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری
	درمان یکپارچه	CBASP	گواه	درمان یکپارچه	CBASP	گواه	
پرچی و بی‌ارزشی	۳۸/۳۸±۲/۲۵	۳۸/۶۹±۱/۶۵	۳۸/۳۸±۱/۹۸	۳۳/۱۵±۱/۷۷	۳۳/۹۲±۲/۲۵	۳۳/۱۵±۱/۷۷	۳۳/۳۰±۲/۰۵
سردرگمی و آشفتگی هیجانی	۱۹/۷۶±۱/۵۸	۱۹/۷۶±۱/۵۸	۲۰/۴۶±۱/۸۵	۱۶/۱۵±۱/۷۲	۱۶/۳۸±۱/۷۰	۱۶/۱۵±۱/۷۲	۱۴/۸۴±۱/۷۷
فقدان کنترل	۱۸/۰۷±۱/۲۵	۱۸/۲۳±۰/۹۲۶	۱۸/۴۶±۱/۱۲	۱۴/۶۹±۱/۵۴	۱۵/۰۷±۱/۲۳	۱۴/۶۹±۱/۵۴	۱۳/۲۳±۱/۷۳
تغییرناپذیری	۲۰/۷۶±۱/۹۲	۱۹/۳۰±۲/۰۱	۱۹/۲۰±۰/۴	۱۷/۳۰±۲/۷۵	۱۵/۸۴±۱/۶۷	۱۷/۳۰±۲/۷۵	۱۷/۰۷±۲/۶۲
فاصله‌گیری اجتماعی	۱۸/۰۷±۱/۲۵	۱۷/۷۶±۱/۲۳	۱۸/۵۳±۱/۳۹	۱۴/۷۶±۱/۲۳	۱۴/۲۳±۱/۳۶	۱۴/۷۶±۱/۲۳	۱۴/۶۱±۱/۳۲
ترس از تنهایی	۱۳/۲۳±۱/۲۳	۱۳±۱/۱۵	۱۲/۸۴±۱/۶۲	۱۰/۵۳±۱/۰۵	۱۰/۱۵±۱/۰۶	۱۰/۵۳±۱/۰۵	۱۰/۰۷±۱/۳۲
درد ذهنی	۱۲۸/۳۰±۴	۱۲۶/۷۶±۳/۶۷	۱۲۷/۶۹±۳/۳۲	۱۰۶/۶۱±۳/۹۰	۱۰۵/۶۱±۳/۹۶	۱۰۶/۶۱±۳/۹۰	۱۰۳/۱۵±۲/۶۴
عدم پذیرش	۱۸/۳۸±۱/۴۴	۱۹/۳۸±۱/۶۰	۱۹/۴۸±۲/۵۴	۱۴/۳۰±۱/۳۱	۱۵/۷۶±۱/۶۴	۱۴/۳۰±۱/۳۱	۱۲/۵۳±۱/۲۶
دشواری در رفتار هدفمند	۱۵±۱/۲۲	۱۵/۰۷±۱/۱۱	۱۵/۹۲±۰/۸۶۲	۱۱/۴۶±۱/۲۶	۱۱/۵۳±۰/۷۷۶	۱۱/۴۶±۱/۲۶	۱۱/۰۷±۱/۱۱
دشواری کنترل نگرانی	۲۰/۶۱±۱/۳۸	۲۰/۸۴±۱/۴۰	۲۱/۰۷±۱/۷۵	۱۶/۷۶±۰/۷۲۵	۱۷/۱۵±۱/۷۷	۱۶/۷۶±۰/۷۲۵	۱۴/۵۳±۱/۰۵
فقدان آگاهی هیجانی	۱۸/۳۰±۱/۳۱	۱۷/۶۹±۱/۱۸	۱۷/۹۲±۱/۴۹	۱۵/۳۰±۱/۳۱	۱۵/۰۷±۱/۲۵	۱۵/۳۰±۱/۳۱	۱۴/۴۹±۱/۶۰
راهبردهای تنظیم هیجان	۲۳/۵۳±۲/۲۵	۲۳/۳۰±۱/۸۴	۲۲/۳۸±۱/۶۶	۱۹/۲۳±۱/۶۹	۱۹/۰۷±۱/۵۵	۱۹/۲۳±۱/۶۹	۱۷/۵۳±۱/۸۹
فقدان شفافیت هیجانی	۱۳/۹۲±۱/۱۸	۱۴/۰۷±۱/۰۳	۱۴/۳۰±۰/۸۵۴	۱۱/۶۹±۱/۲۵	۱۱/۶۱±۱/۲۶	۱۱/۶۹±۱/۲۵	۱۱/۲۳±۱/۰۹
دشواری‌های تنظیم هیجان	۱۰۹/۷۶±۴/۶۹	۱۱۰/۳۸±۲/۵۶	۱۱۱/۴۶±۳/۵۵	۸۸/۷۶±۳/۱۹	۹۰/۲۳±۲/۲۹	۸۸/۷۶±۳/۱۹	۸۱/۶۱±۳/۶۱

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس، آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس برای متغیر درد ذهنی در مرحله پس‌آزمون ($P > 0/832$ ، $F = 0/790$) و پیگیری ($P > 0/572$ ، $F = 0/915$ ، $BOX = 44/019$) و برای متغیر

دشواری‌های تنظیم هیجانی در مرحله پس‌آزمون ($F = ۰/۹۸۸$ ، $P > ۰/۴۹۳$) و $F = ۰/۹۱۵$ ، $P > ۰/۵۷۲$) و پیگیری ($BOX = ۵۵/۰۶۱$) و $F = ۰/۹۱۵$ ، $P > ۰/۵۷۲$) نشان داد که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به‌درستی رعایت شده است. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری در مرحله پس‌آزمون برای متغیر درد ذهنی ($F_{(۱, ۳۶)} = ۰/۵۵۲$ ، $P \geq ۰/۵۸۰$) و پیگیری ($F_{(۱, ۳۶)} = ۰/۴۸۰$)، $P \geq ۰/۴۸۰$) و پس‌آزمون دشواری‌های تنظیم هیجانی ($F_{(۱, ۳۶)} = ۱/۷۰۴$ ، $P \geq ۰/۱۹۶$) و پیگیری ($F_{(۱, ۲۴)} = ۰/۵۱۶$)، $P \geq ۰/۳۷۳$)، $F_{(۱, ۲۴)} = ۰/۸۲۳$ ، $P \geq ۰/۳۷۳$) معنی‌دار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد.

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

(MANCOVA)

موقعیت	آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	P	Eta
پس‌آزمون درد ذهنی	لامبدای ویلکز	۰/۲۰۲	۱۲	۵۰	۵/۱۱۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۵۱
پیگیری درد ذهنی	لامبدای ویلکز	۰/۱۷۱	۶	۱۳	۱۰/۴۷۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۲۹
پس‌آزمون دشواری‌های تنظیم هیجان	لامبدای ویلکز	۰/۲۵۱	۱۲	۵۰	۴/۱۵۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۹۹
پیگیری دشواری‌های تنظیم هیجان	لامبدای ویلکز	۰/۲۳۰	۶	۱۳	۷/۲۷۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۷۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنی‌ها گروه‌های (آزمایشی) بر درد ذهنی در مرحله پس‌آزمون با ($F_{(۱۲, ۵۰)} = ۵/۱۱۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و در مرحله پیگیری با ($F_{(۶, ۱۳)} = ۱۰/۴۷۶$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و بر دشواری‌های تنظیم هیجانی در مرحله پس‌آزمون با ($F_{(۱۲, ۵۰)} = ۴/۱۵۳$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و در مرحله پیگیری با ($F_{(۶, ۱۳)} = ۷/۲۷۲$ ، $P < ۰/۰۰۱$) اثر معنی‌داری دارد. به‌عبارت‌دیگر این فرضیه که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز باعث کاهش دشواری‌های تنظیم هیجانی و درد ذهنی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی می‌شوند در سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۰۱$ تأیید می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکووا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

توان آماری	Eta	Sig	F	MS	DF	SS	متغیر	موقعیت	
۱	۰/۶۱۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۲۳/۹۷۶	۵۶/۴۵۶	۲	۱۱۲/۹۱۳	پوچی و بی‌ارزشی	تغییرات رفتاری	
۱	۰/۵۸۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۲۱/۴۸۱	۲۴/۸۵۰	۲	۴۹/۷۰۰	سردرگمی / آشفتنگی هیجانی		
۰/۹۹۷	۰/۴۸۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۴/۱۰۱	۱۶/۶۹۵	۲	۳۳/۳۸۹	فقدان کنترل		
۰/۹۹۷	۰/۴۱۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۰/۴۲۰	۲۰/۴۶۰	۲	۴۰/۹۲۱	تغییر ناپذیری		
۱	۰/۵۵۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۸/۸۷۶	۲۲/۵۱۲	۲	۴۵/۰۲۴	فاصله‌گیری / از خود بیگانگی		
۰/۹۸۹	۰/۴۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۱/۵۹۶	۱۴/۵۲۷	۲	۲۹/۰۵۵	ترس از تنهایی		
۱	۰/۷۸۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۵۵/۰۸۵	۸۷۴/۸۹۸	۲	۱۷۴۹/۷۹۶	درد ذهنی		
۰/۹۸۹	۰/۵۳۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۲۰/۳۰۳	۱۴/۰۷۹	۱	۱۴/۰۷۹	پوچی و بی‌ارزشی		
۰/۹۸۶	۰/۵۱۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۹/۳۴۲	۱۰/۷۰۱	۱	۱۰/۷۰۱	سردرگمی / آشفتنگی هیجانی		
۰/۴۹۷	۰/۱۹۱	$P \leq ۰/۰۰۵$	۴/۲۵۳	۳/۰۸۸	۱	۳/۰۸۸	فقدان کنترل		
۰/۹۵۴	۰/۴۵۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۴/۸۶۱	۱۷/۷۷۵	۱	۱۷/۷۷۵	تغییر ناپذیری	تغییرات هیجانی	
۰/۹۹۷	۰/۵۷۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۲۴/۳۵۳	۱۶/۲۹۶	۱	۱۶/۲۹۶	فاصله‌گیری / از خود بیگانگی		
۰/۰۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۱	۰/۰۰۴	ترس از تنهایی		
۰/۹۱۳	۰/۴۰۷	$P \leq ۰/۰۰۲$	۱۲/۳۵۱	۴۷/۸۲۹	۱	۴۷/۸۲۹	درد ذهنی		
سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری ۰/۷۳							درمان یکپارچه ۰/۷۴		اندازه اثر
۰/۹۹۹	۰/۵۱۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۵/۹۵۸	۳۱/۲۳۶	۲	۶۲/۴۷۲	عدم پذیرش	تغییرات رفتاری	
۰/۹۸۴	۰/۴۲۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۰/۹۳۱	۲۱/۱۹۰	۲	۴۲/۳۸۰	اهداف		
۱	۰/۵۵۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۸/۵۳۷	۱۵/۲۳۶	۲	۳۰/۴۷۶	تکانه		
۰/۷۱۹	۰/۲۲۸	$P \leq ۰/۰۰۵$	۴/۴۴۱	۵/۷۴۵	۲	۱۱/۴۹۰	فقدان آگاهی هیجانی		
۰/۹۹۳	۰/۴۵۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۲/۵۷۱	۱۸/۶۵۸	۲	۳۷/۳۱۶	راهبردهای تنظیم هیجان		
۰/۶۷۶	۰/۲۱۲	$P \leq ۰/۰۰۵$	۴/۱۴۶	۲/۷۵۰	۲	۵/۵۰۰	فقدان شفافیت هیجانی		
۱	۰/۶۸۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۳۲/۲۷۵	۴۹۸/۵۲۵	۲	۹۹۷/۰۵۰	تنظیم هیجانی		

۰/۹۷۰	۰/۴۷۹	$P \leq 0/001$	۱۶/۵۲۹	۱۲/۴۲۸	۱	۱۲/۴۲۸	عدم پذیرش
۰/۷۷۶	۰/۳۱۵	$P \leq 0/05$	۸/۲۷۱	۴/۷۰۴	۱	۴/۷۰۴	اهداف
۰/۹۹۷	۰/۵۸۰	$P \leq 0/001$	۲۴/۸۹۵	۲۳/۲۲۷	۱	۲۳/۲۲۷	تکانه
۰/۱۰۳	۰/۰۲۷	۰/۴۸۹	۰/۴۹۸	۰/۳۴۰	۱	۰/۳۴۰	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۹۵۷	۰/۴۸۹	$P \leq 0/001$	۱۷/۲۵۴	۱۳/۵۳۶	۱	۱۳/۵۳۶	راهبردهای تنظیم هیجان
۰/۱۱۸	۰/۰۳۴	۰/۴۳۴	۰/۶۴۲	۰/۳۸۰	۱	۰/۳۸۰	فقدان شفافیت هیجانی
۰/۹۹۸	۰/۵۹۳	$P \leq 0/001$	۲۶/۱۷۶	۹۶/۴۶۰	۱	۹۶/۴۶۰	تنظیم هیجانی
سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری ۰/۶۲						درمان یکپارچه ۰/۶۲	اندازه اثر

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از کنترل پیش‌آزمون اثر اصلی گروه (پس‌آزمون و پیگیری) بر روی درد ذهنی ($F(2, 30) = 55/085$ و $P \leq 0/001$) و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مرحله پس‌آزمون ($F(2, 30) = 32/275$ و $P \leq 0/001$) و پیگیری درد ذهنی ($F(1, 18) = 12/351$ و $P \leq 0/001$) و دشواری‌های تنظیم هیجانی ($F(2, 30) = 26/176$ و $P \leq 0/001$) و تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر برای یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر درد ذهنی ۷۴ درصد و دشواری‌های تنظیم هیجانی ۶۲ درصد است. همچنین مجذور اتا سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری بر درد ذهنی ۷۳ درصد و دشواری‌های تنظیم هیجانی ۶۲ درصد است که این نشان‌دهنده تغییرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه بوده است.

برای مشخص کردن این موضوع که تفاوت به‌دست آمده بین گروه‌ها به‌دقت مربوط به تفاوت کدام گروه‌ها از هم است؛ از سطح تصحیح بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه در مؤلفه‌های درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). همچنین بین گروه‌های آزمایشی در نمرات درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در مرحله پیگیری بین گروه‌های آزمایشی در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل

تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و دشواری‌های تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). که این مقایسه اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز را در مقایسه با سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری در طول پیگیری یک ماهه نشان می‌دهد. در مرحله پیگیری بین گروه‌های آزمایشی در مؤلفه‌های درد ذهنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). به عبارت دیگر در مرحله پیگیری سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری در مؤلفه‌های پوچی و بی-ارزشی، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری اجتماعی / از خودبیگانگی و نمره کل درد ذهنی اثربخش‌تر از یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در طول پیگیری یک‌ماهه بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی بود. نتایج پژوهش نشان داد؛ میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های درد ذهنی بین دو گروه سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز با گروه گواه تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (دریسکول و همکاران، ۲۰۰۴؛ سایق و همکاران، ۲۰۱۲؛ مهلوم و همکاران، ۲۰۱۶ و وانگ و همکاران، ۲۰۱۷) همخوانی دارد. همچنین این پژوهش با نتایج مطالعه آسمند، امامی و والی زاده (۱۳۹۴) و نجار پور استادی و خلعتبری (۱۳۹۴) مبنی بر اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مؤلفه‌های افسردگی جوانان دارای اختلال شخصیت مرزی و شاخص‌های سلامت عمومی (افسردگی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های جسمانی) دانشجویان اثربخش نیست؛ همخوانی ندارد. در این پژوهش ذکر شده روش آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش علائم افسردگی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های جسمانی گروه آزمایش نشده است. با عنایت به این که یکی از اختلالات روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی افسردگی است و از آنجای که اقدام به خودکشی یک پدیده چندبعدی زیستی، هیجانی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی

است؛ لذا ناهمخوانی با این مطالعه ممکن است به علت عدم تغییرات سبک زندگی افراد افسرده که برگرفته از عوامل موجود در خانواده، محیط اولیه و تجربیات اجتماعی شدن باشد و یا اینکه عدم به‌کارگیری همه مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، کارآمدی بین فردی و تحمل پریشانی) باشد. همچنین در خصوص اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری نتایج بررسی‌ها در مرحله ابتدایی خود برای اختلال افسرده خویی (دیستایمیا) همراه با درد، افسردگی اساسی، اختلال شخصیت مرزی، اعتیاد به مواد و الکل، افسردگی همراه با ایده پردازی خودکشی، اختلال استرس پس از سانحه و تجربه ترومای اولیه (مک‌کالو و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلالات رفتاری و تعارضات زناشویی (دریسکول و همکاران، ۲۰۰۴) قرار دارد و پژوهشگرانی هنوز به مطالعات ناهمخوانی برخورد نکردند.

در تبیین اثربخشی درمان یکپارچه می‌توان گفت، آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی به بیمار کمک می‌کند به هنگام تجربه هیجان منفی درد، به انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و موردعلاقه خود بپردازد. این مهارت‌ها مانند توجه برگردانی به کمک حواس پنج‌گانه و تصویرسازی از مکان امن موجب می‌شود تا بیمار با هیجان‌های آشفته ساز بهتر مقابله کند و او را نسبت به این هیجان‌ها، مقاوم‌تر سازد. در توجه برگردانی با تمرکز بر هیجان‌ات مثبت بین هر دو هیجان مثبت و منفی تعادل ایجاد می‌شود که در همه تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر آن تأکید می‌شود. در واقع بارزترین، تفاوت رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان‌های شناختی- رفتاری تأکید آن بر تنظیم هیجان و بد تنظیمی هیجانی است؛ بد تنظیمی هیجانی شامل همان رفتارهای ناکارآمدی است که بیمار در طول جلسه درمان ممکن است از خود نشان دهد (لینچ، چاپمن، روزنتال، کو، لینهان، ۲۰۰۶). آموزش این مهارت‌ها موجب می‌شود افراد کنترل بیشتری روی هیجان‌های آشفته ساز خود داشته باشند. برگه‌های ثبت هیجان، مواجهه و زنجیره تحلیل رفتاری از نمونه تکنیک‌های رفتاری است که درمانگر به کمک آن‌ها فرآیند تنظیم هیجان را به بیماران خود آموزش می‌دهد. طبق نظر بائر (۲۰۰۳) مواجهه طولانی با احساسات مربوط به درد مزمن در غیاب افکار فاجعه‌آمیز منجر به حساسیت‌زدایی نسبت به این احساسات و کاهش هم‌زمان پاسخ‌های هیجانی فراخوانده شده می‌شود. در این پژوهش به بیماران آموزش داده شد تا در هنگام تجربه درد (سردرگمی، بی‌معنایی/ پوچی، آشفتگی هیجانی و فقدان کنترل) از انجام

رفتارهای قبلی مانند استراحت مداوم و در جا ماندن، واگذار کردن مسئولیت خود به دیگران و به‌طور کلی اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی، خودداری کنند و به انجام فعالیت‌های جایگزین مانند سرگرم شدن با انجام امور روزمره، رفتن به خرید، مهمانی و پیاده‌روی و تحرک در حد اوقاتی که ادراک کمی از درد دارند و یا ندارند بپردازند.

در تبیین اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری می‌توان گفت، اولین گام در پرورش افکار خودکشی با درد آغاز می‌شود. درد به‌طور معمول (اما نه لزوماً) به درد ذهنی یا هیجانی اشاره می‌کند، رفتار همه مردم به‌وسیله شرطی‌سازی رفتاری شکل می‌گیرند (اسکینر، ۱۹۵۳). ما رفتارهای که پاداش داده می‌شوند را تکرار می‌کنیم و از رفتارهایی که تنبیه می‌شوند اجتناب می‌کنیم اگر شخصی زندگی را با درد تجربه کند، لزوماً به‌طور مزمن با تنبیه مواجه است، و این امر سبب کاهش تمایل به زندگی در او می‌شود. در واقع، هر محرکی منفی می‌تواند رفتار را به‌طور مؤثری تنبیه کند (مک‌کالو و همکاران، ۲۰۱۴)، منابع مختلف درد در زندگی روزمره، مانند شوک الکتریکی یا طرد اجتماعی می‌تواند تمایل به زندگی را کاهش دهند. همچنین می‌توان به مدل ترس-اجتناب بین فردی فراگیر در آشفتگی روان‌شناختی و افرادی که شکست عاطفی را تجربه کرده‌اند اشاره کرد؛ افراد اقدام‌کننده به خودکشی به دلیل سردرگمی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری طغیان یا آشفتگی هیجانی که به دلیل مشکلات روان‌شناختی اولیه با منبع دلبستگی (ترس از تنهایی، رها شدن و طرد شدن)، در چرخه تعاملات بین فردی بیشتر یک سبک سلطه‌پذیر- خصمانه^۱ (S-H) نشان می‌دهند که با یک ترس بین فردی بی‌نهایت و کناره‌گیری از دیگران همراه است. این افراد نه تنها عملکرد بین فردی معیوب دارند، بلکه کنترل هیجانی- شناختی آن‌ها نیز مشکل داشته و دیدگاه پدیدار شناختی آن‌ها به شدت آسیب‌دیده است. در سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری تغییرات در سبک زندگی مبتنی بر ترس- اجتناب بین فردی ایجاد می‌شود؛ سپس «کناره‌گیری و اجتناب از دیگران» به‌عنوان یک رفتار برای افراد شرکت‌کننده ممنوع می‌شود. آنگاه افراد اقدام‌کننده به خودکشی با یک رویکرد بین فردی که مستلزم رفتن به سمت دیگران است ضد شرطی می‌شوند. مهارت‌های بین فردی درمانگران CBASP در هنگام دیدار با بیمار احساس امنیت داشتن را تسهیل می‌کند که این خود نوعی احساس تعلق خاطر و تقویت منبع

دل‌بستگی ایمنی است که با ترس از طرد شدن همراه نیست. لذا افزایش تعاملات بین فردی، تعلق خاطر، تقویت روابط بین فردی و تقویت منبع دل‌بستگی با افراد مهم به همراه کاهش آسیب مبنی بر اجتناب از تحقیر و سرزنش در CBASP با کاهش اقدام به خودکشی همراه است؛ بنابراین افزایش تعلق خاطر با نظریه بین فردی جوینر (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه تمایل خودکشی در نتیجه حضور دو عامل خطر شامل تعلق پذیری خنثی حس تعلق پذیری کم (باور فرد مبنی بر اینکه او از سایر افراد جدا است و به خانواده، گروهی از دوستان و یا گروه خاصی تعلق ندارد) که شامل دو عامل ۱- تنهایی، ۲- نبود مراقبت دوسویه و ادراک بار بودن (دیدگاه شخص مبنی بر اینکه وجود وی باری برای اعضای خانواده، دوستان و جامعه است و در نبود او آن‌ها عملکرد بهتری خواهند داشت) که این ادراک بار مشکل از دو عامل ۱- تنفر از خود و ۲- احساس مسئولیت می‌شود همخوانی دارد. بیماران در هنگام اکتساب حس امنیت با درمانگر شیوه‌های جدید تعامل را به واسطه تأملات بین فردی در سیستم گروه‌درمانی یاد می‌گیرند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجانی بین دو گروه سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز با گروه گواه تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (دریسکول و همکاران، ۲۰۰۴؛ سایق و همکاران، ۲۰۱۲؛ مهلوم و همکاران، ۲۰۱۶؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۷) همخوانی دارد. همچنین این پژوهش با نتایج مطالعه آسمند، امامی و والی زاده (۱۳۹۴) و نجار پور استادی و خلعتبری (۱۳۹۴) همخوانی ندارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در رویکرد درمانی یکپارچه یافته به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون شناختی- رفتاری، اثربخشی درمانی را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و ایجاد تفکر مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند توانایی مقابله‌ی افراد اقدام‌کننده به خودکشی را در کنار آمدن با شرایط پراسترس افزایش دهد. از سوی دیگر «عمل مخالف» به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای تنظیم هیجانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی است، که افراد اقدام‌کننده به خودکشی را برای انجام عمل

مخالف در برابر هیجان‌های (سرزنش، تحقیر، احساس گناه و خشم و تنفر) ترغیب می‌کند. عمل مخالف در برابر هیجان‌ها، به این افراد کمک می‌کند هنگامی که این مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند از سقوط به اعماق دره هیجان‌ات منفی و متهم کردن خود و دیگران اجتناب کنند (برجلی و همکاران، ۱۳۹۴)، همچنین تمرینات ذهن آگاهی به‌وسیله‌ی افزایش توانایی فرد در توجه برگردانی از آن چیزی که مفید یا مؤثر نیست (مثلاً فریاد زدن، پرخاشگری، فحش و ناسزا گفتن) به آن چیزی که مفید و مؤثر است، به تعدیل هیجانی یا به عبارتی انعطاف‌پذیری توجه در افراد اقدام‌کننده به خودکشی کمک کند. لذا با آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری با تشویق افراد اقدام‌کننده به خودکشی برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه‌مدت و اهداف بلندمدت (سود، زیان و هزینه‌های هر کدام از اهداف)، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش (فعال‌سازی رفتاری) به‌طور روزانه و تمریناتی جهت مقابله باخشم و احساس گناه، افکار منفی و ناتوانی در کنترل هیجان‌ات نیز پیشنهاد راهکارهایی برای بهبود روابط بین فردی، می‌تواند افراد را برای پرورش سبک زندگی سالم توانمند سازد (مک کی و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین با یکپارچه کردن مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز، افراد اقدام‌کننده به خودکشی یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن فعالیت‌هایی چون یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود. خود شفقتی به این افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مسئله منجر به کیفیت بهتر زندگی می‌شود. همچنین توانایی افراد در مهربان بودن نسبت به خود و احساس تعلق نسبت به دیگران عامل اصلی جهت‌گیری دلبستگی آن‌ها در ارتباط با سلامت روانی و توانایی تنظیم هیجانی است (راگو- بوگدان، اریکسون، جکس، مارتین و برای انس، ۲۰۱۱).

در تبیین اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری می‌توان گفت، تحلیل موقعیتی (SA) مهم‌ترین تمرین مهارت‌آموزی است که به افراد در طول فرایند درمان آموزش داده می‌شود. در SA لازم است که مراجعین به مراحل گوناگون دربرگیرنده تحلیل یک موقعیت بین فردی توجه کنند و عملکردهای اجرایی ذهنی شده را به کار ببرند که این بیماران آن‌ها را ندارند و اهداف CBASP هم کمک کردن برای ارزیابی آن‌ها است. آن‌ها یاد می‌گیرند که به عناصر واقعیت محور یک موقعیت تعاملی مانند ویژگی‌های

رفتار غیر کلامی‌شان در موقعیت ایجادشده توجه کنند، نتیجه قابل مشاهده واقعی موقعیت طوری که برای بیمار آشکار بوده و در نهایت پیامد دلخواه (DO) آن‌ها برای موقعیت خاص که لازم است تحت کنترل، واقعی و قابل دسترس آن‌ها باشد. از سوی دیگر؛ در سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری، باور اعضای گروه به توانایی‌هایشان از طریق تجربه تسلط داشتن بر هیجانات منفی به وسیله کار جمعی در «تحلیل موقعیتی» (SAs) رشد می‌کند همچنین از طریق شناسایی و اصلاح الگوهای فکری، رفتاری ناسازگارانه‌ای و تمرینات حل مسئله اجتماعی هیجانات منفی مانند عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی (ناتوانی در تشخیص، نام‌گذاری و شناسایی هیجانات)، ناتوانی در کنترل و مهار هیجانات منفی به چالش کشیده می‌شوند. در طول فرآیند درمانی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری دو مرحله اجرا و عملیاتی می‌شود که شامل: فراخوانی (۱- شما موقعیت را چگونه توصیف می‌کنید؟، ۲- شما موقعیت را چگونه تعبیر و تفسیر کردید؟، ۳- شما به طور مشخص چه کاری انجام دادید و چه گفتید؟، ۴- می‌خواستید از آن موقعیت چه چیزی به دست بیاورید، یعنی نتیجه مطلوبتان چه بود؟، ۵- نتیجه واقعی این موقعیت چه بود؟ و ۶- آیا شما آن چیزی را که می‌خواستید به دست آوردید؟) و اصلاح، (رفتارها، تعبیر و تفسیرها یا شناخت واره‌ها، محور توجه، تغییر و تجدیدنظر قرار می‌گیرند) است. تا به این ترتیب هیجانات، رفتارها و شناخت واره‌های جدید مراجع بتوانند در رسیدن به نتیجه مطلوب به او کمک کنند (مک‌کالو و همکاران، ۲۰۱۴).

در مجموع با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر افراد اقدام کننده به خودکشی بودند، از این رو یافته‌های به دست آمده در این پژوهش قابلیت تعمیم به سایر گروه‌های سنی و جمعیتی را ندارد. از جمله محدودیت‌های دیگر، می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های با سؤالات زیادی اشاره کرد که بهتر است در پژوهش‌های بعدی از پرسشنامه‌های مشابه با حجم کمتر استفاده شود. همچنین، محدودیت دیگر این بود که اطلاعات پژوهش حاضر با داده‌های خود گزارش دهی به دست آمده است. این داده‌ها در معرض سوگیری قرار دارند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از سایر روش‌های جمع‌آوری مانند مصاحبه بالینی استفاده شود، همچنین پیشنهاد می‌شود در سطح مدارس و دانشگاه‌ها هر ساله آزمون‌های غربالگری به عمل آید، تا ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی نوجوانان و دانشجویان اعم از دختر و پسر، مواردی که نیاز به مداخله در حیطه‌های

سلامت و بهداشت روانی دارند، شناسایی کنند و با کمک سازمان‌های مربوطه و همکاری خانواده‌ها در جهت تعدیل شرایط نوجوانان دارای آسیب‌های روانی و همچنین مشکلات درون خانوادگی آن‌ها گام‌های عملی بردارند تا از وخیم‌تر شدن شرایط آن‌ها و تبدیل شدن آن‌ها به وضعیت آسیب‌های روانی جدی مانند اقدام به خودکشی پیشگیری شود، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و الگوی یکپارچه رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر روی سایر اختلالات روانی اجرا شود تا اثربخشی درمان‌های التقاطی مشخص شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده پیگیری‌های دو و چند ماهه اجرا شود تا ثبات مداخله در طول زمان مشخص شود.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر حاصل کار پژوهشی رساله دکتری نویسنده اول از دانشگاه رازی است. از ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و ریاست بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه، حراست و تمامی افراد و مسئولینی که نویسندگان را در انجام پژوهش حاضر یاری رساندند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- آسمند، پریسا، مامی، شهرام، ولی زاده، رضا (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی، اضطراب و افسردگی جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳ (۱)، ۳۵-۴۴.
- برجعلی، احمد؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ یزدان پناه، محمدعلی و رجبی، مسلم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی نوع یک. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲۰ (۵)، ۱۳۴-۱۶۰.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و بختی، مجتبی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر تعدیل روان‌سازهای ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلابه اختلال ریاضی. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۱ (۱)، ۸۳-۱۰۰.

خان‌زاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن؛ حسین‌چاری، مسعود و ادیسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۸۷-۹۶.

دلاور، علی (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

دلیری، سلمان؛ بازاریار، جعفر؛ سایه‌میری، کورش؛ دل‌پیشه، علی و سایه‌میری، فاطمه (۱۳۹۵). میزان بروز خودکشی در ایران طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ یک مطالعه مرور سیستماتیک و فرا تحلیل. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی*، ۲۴(۹)، ۷۶۸-۷۵۷.

فروزش یکتا، فاطمه؛ یعقوبی، حمید؛ موتابی، فرشته؛ روشن، رسول؛ غلامی فشارکی، محمد و امیدی، عبدالله (۱۳۹۷). تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و ارتقای رضایت زناشویی زنان سازگار. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۱)، ۹۰-۶۷.

کربلایی محمد میگونی، احمد، احدی، حسن؛ پاشا شریفی، حسن و جزایری، سید مجتبی. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام‌کننده به خودکشی، *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۱۶)، ۲۵-۴۱.

کرمی، جهانگیر؛ بگیان کوله‌مرز؛ مومنی، خدا مراد و الهی، عادل (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی (OMMP). *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۷(۱)، ۱۴۶-۱۷۲.

مهدیه، آزاد؛ عبداللهی، محمدحسین و حسنی، جعفر (۱۳۹۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پردازش افکار خودکشی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۴)، ۲۳۵-۲۲۵.

نجار پور استادی، سعید، خلعتبری، جواد (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی گروهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر سلامت عمومی دانشجویان. *اندیشه و رفتار*، ۱۰(۳۸)، ۱۷-۲۶.

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Appleton, A. A., & Kubzansky, L. D. (2014). *Emotion regulation and cardiovascular disease risk*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 596–612). New York, NY: Guilford.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-43.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., and Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52 (2), 199-214.
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Journal of Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-114.
- Drapeau, C. W., Cerel, J., & Moore, M. (2016). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death studies*, 40 (3), 165-71.
- Driscoll, K. A., Cukrowicz, K. C., Reardon, M. L., Joiner, T. E., (2004). *Simple Treatments for Complex Problems: A Flexible Cognitive Behavior Analysis System Approach To Psychotherapy*. Mahweh, NJ: Lawrence Erlbaum Associate.
- Fernández de la Cruz, L., Landau, D., Iervolino, AC., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal Anxiety Disorder*, 27(2), 204-209.
- Forkmann, T., Brakemeier, E. L., Teismann, T., Schramm, E., Michalak, J., (2016). The Effects of MindfulnessBased Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical tria. *Journal of Affective Disorders*. 200, 51-57.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 106-118.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41.
- Gong, L., Li, W., Zhang, D., & Rost, DH. (2015). Effect of emotion regulation strategies on anxiety during job interview in chinese college students. *Anxiety Stress Coping*. 19, 1-13.
- Gratz, K. L., and Roemer, L. (2004). 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*, 26 (1), 41- 54.
- Gross, J. J. (Ed.). (2014b). *Handbook of emotion regulation (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford.
- Gruber, R., & Cassoff, J. (2014). The interplay between sleep and emotion regulation: Conceptual framework empirical evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 16 (11), 500.
- Innamorati, M., Imperatori, C., Harnic, D., Erbutto, D., Patitucci, E., Janiri, L., & Fabbriatore, M. (2017). Emotion regulation and mentalization in people at risk for food addiction. *Behavioral Medicine*, 43(1), 21-30.
- Jessica, K. V. V., & Kalnins, G. R. C. (2011). A Compassion-Focused Approach to Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, 4, 295-311.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*. 1(1), 5-18.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-80.
- McCullough, J. P., Jr., Schramm, E., & Penberthy, J. K. (2014). *CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent Depressive Disorder: Distinctive features (CBT Distinctive Features)*. London: Routledge.
- McCullough, J.P., Jr (2010). CBASP, the third wave and the treatment of chronic depression. *Journal of European Psychotherapy*, 9, 169–190.
- McKay, M., Wood, J., Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, and Distress Tolerance*: New Harbinger Publications.
- Meerwijk, E. L., Ford, J. M., Weiss, S. J. (2015). Resting-state EEG delta power is associated with psychological pain in adults with a history of depression. *Biological Psychology*, 105, 106–114.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). 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*. 55, 4, 295-300.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. USA: New York, Guilford Press.
- Neacsiu A. D., Fang C. M., Rodriguez, M., Rosenthal M. Z. (2018). Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 48 (1), 52-74.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior*, 33(3), 219–30.

- Raque-Bogdan T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58 (2), 272-278.
- Roberts, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2013). Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 745-762.
- Sayegh L., Penberthy, J.K. (2016). *Group Treatment Manual for Persistent Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) Therapist's Guide*: Routledge; 1 edition (April 8, 2016).
- Sayegh, L., Locke, K. D., Pistilli, D., Penberthy, J. K., Chachamovich, E., McCullough, J. P., Jr., & Turecki, G. (2012). Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy for treatment-resistant depression: Adaptation to a group modality. *Behaviour Change*, 29(02), 97-108.
- Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2016). The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45, 1-14.
- Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: a multimodal meta-analysis. *Biological psychiatry*, 79 (2), 97-106.
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (4), 287-294.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Free Press.
- Tirch, D. (2012). The Compassionate-Mind Approach to Overcoming Anxiety: Using CFT to Treat Worry, Panic, and Fear. *American Institute for Cognitive Therapy*, 38, 6-29.
- van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaeet, M., Soenen, L., Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research*, 181 (2), 141-144.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F., Jin, J. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors, *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Retrieved from www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/