مقایسه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام

محمدنبی صالحی[1*]، نجمه حمید[1]، کیومرث بشلیده[1]، نسرین ارشدی[1]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی ، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۲۶

چکیده

مقدمه: افسردگی شایع ترین اختلال روان پزشکی در سراسر طول عمر می باشد که یکی از پیامدهای مهم آن، افزایش میزان خودکشی و اقدام به خودکشی می باشد. بنا بر این پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی انجام گرفت.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند. که با روش نمونه گیری تصادفی ساده، نهایتاً ۴۵ نفر به عنوان اعضاء نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل گمارده شدند. ابزار گردآوری داده های پژوهش شامل مقیاس انعطاف پذیری شناختی(دنیس و وندروال)، مقیاس تکانشگری(بارات) بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS vol.21 توسط آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که بین انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری در گروه های آزمایشی (گروه پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گروه کنترل تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده می شود($P<0.001$, $F=132.141$). هم چنین نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی را بیشتر کاهش داده است($P<0.001$). ولی در میزان انعطاف پذیری شناختی بین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک تفاوت معنی داری مشاهده نشد($P>0.474$).

بحث و نتیجه گیری: هر دو درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی می توانند برای درمان اختلالات طیف افسردگی و مداخله در شرایط بحرانی نظیر اقدام به خودکشی سودمند و کارآمد باشند.

واژه های کلیدی: درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، رفتاردرمانی دیالکتیکی، انعطاف پذیری شناختی، تکانشگری، افسردگی، اقدام به خودکشی

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی،دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی ، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

Email: Mn.salehi66@yahoo.com

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

مقدمه

افسردگی شایع ترین اختلال روان پزشکی در سراسر طول عمر می باشد که به عنوان سرماخوردگی روان پزشکی شناخته می شود. هم چنین، این اختلال دارای بالاترین میزان شیوع در جمعیت عمومی است(۱،۲). بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می برند، که یکی از پیامدهای مهم آن، افزایش میزان خودکشی و اقدام به خودکشی می باشد. اقدام به خودکشی به منزله عملی خود ویرانگر تعریف می شود کـه بـه صورت آگاهانه و هدفمند گاهی با قصد کشتن خود انجام می گیرد ولی منجر به مرگ نمی شود(۳،۴).

طبق نتایج تحقیقات میزان خودکشی در سراسر جهان و به ویژه در کشورهای در حال توسعه، ۶۰ درصد افزایش داشته است. میزان خودکشی منجر به مرگ در جهان ۱۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است و هر سال بین ۸۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ نفر به خاطر خودکشی جان خود را از دست می دهند. این در حالی است که ۱۰ الی ۲۰ برابر این تعداد، اقدام به خودکشی رخ می دهد. در ایران نیز نرخ خودکشی اگر چه نسبت به کشورهای غربی پایین تر است ولی از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتر است. هم چنین در این بین استان ایلام نرخ بالاتری نسبت به میانگین کشوری دارد(۵،۶).

شواهد متعدد پژوهشی نشان می دهد که بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی متناسب با ویژگی های که دارند، در زمینه های فردی، خانوادگی و اجتماعی از مشکلات عدیده ای رنج می برند. یکی از ویژگی های بیماران افسرده ای که اقدام به خودکشی می کنند فقدان انعطاف پذیری شناختی است. نتایج پژوهش ها ارتباط بین انعطاف پذیری شناختی، افسردگی و اقدام به خودکشی را مورد تایید قرار داده است انعطاف پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده اند که این ارزیابی در موقعیت های مختلف تغییر می کند و افراد می توانند رفتارهایی را که به بهترین شکل ممکن در موقعیت اجتـــماعی قرار می گیرند، شناسایی کنند. توانایی تغییر آمایه های شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی، عنصر اصـــلی تعاریف انعطاف پذیری شناختی است. فقدان انعطاف پذیری شنـــاختی باعث می شود بیماران افسرده اغلب اوقات در زمینه های مختلف، محیط خود را به صورت تغییرناپذیر در نظـــر می گیرند، و به صورت کاملاً منفی درباره خودشان فکر می کنند. جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال آور، پوچ و بی فایده است. عدم انعطاف پذیری و غیر قابل تحمل بودن گرفتاری ها منجر به این می شود که بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده و بدون تغییر در نظر بگیرند. لذا تنها راه حلی که به ذهـــن می این افراد خطور می کند خودکشی است(۹-۷).

یکی از مواردی که در اختلالات افسردگی منجر به اقدام به خودکشی می شود تکانشگری و بروز رفتارهای تکانشی است. نتایج پژوهش ها وجود رابطه بین تکانشگری، افسردگی و اقدام به خودکشی را تایید کرده است. تکانشگری مفهومی چند بعدی است که شامل طیف وسیعی از گرایشات رفتاری و شناختی از قبیل مشکل در به تاخیر انداختن یا بازداری از پاسخ ارادی، بی ثباتی هیجانی، نقص در به تاخیر انداختن لذت، مشکل در توجه و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل است. تکانشگری بر اساس گرفتار شدن در رفتارهای بدون دور اندیشی و پاسخ های شتاب زده به محرک که اغلب پیامدهای ناسازگارانه به بار می آورند تعریف شده است. تکانشگری یکی از ابعاد اصلی اقدام به خودکشی در اختلال افسردگی اساسی در نظر گرفته شده است. هم چنین تکانشگری عامل مهمی در بعضی از اختلالات روان پزشکی از قبیل اختلالات مصرف مواد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات رفتار تکانه ای، قماربازی بیمارگون است. که با اقدام به خودکشی، آسیب رساندن به خود، پرخاشگری، خشونت خانگی و رفتارهای پر خطر همراه است(۱۳-۱۰).

اگر اختلال افسردگی و اقدام به خودکشی درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد ممکن است به نوبه خود مشکلات بیشتری را سبب شود. چرا که احتمال عود کردن نشانه های افسردگی و اقدام مجدد به خودکشی وجود دارد. از این رو درمان و روش های پیشگیرانه برای اختلالات افسردگی و اقدام به

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

خودکشی حیاتی است(۱،۶). بنا بر این در زمینه درمان این بیماران علاوه بر مداخلات دارویی، استفاده از روان درمانی و پیگیری های روان شناختی جهت بهبود وضعیت روان شناختی این بیماران، کاهش نشانه های افسردگی و پیشگیری از اقدام به خودکشی در آن ها، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. از جمله رویکردهای روان درمانی اختصاصی جهت درمان این بیماران که سابقه اقدام به خودکشی و افکار خودکشی دارند و ممکن است سابقه آسیب یا تروما را نیز گزارش کنند، می توان به درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیک اشاره کرد.

پردازش مجدد هولوگرافیک(HR) یک رویکرد التقاطی به روان درمانی است که روش های شناختی، مواجهه درمانی، روان پویشی و درمان تجربی را با هم تلفیق می نماید. HR یک روش شناختی-تجربی است که موثر بر تروما می باشد. روش پردازش مجدد هولوگرافیک می کوشد برای مراجعان فرصتی ایجاد کند که از بازآفرینی های مجدد آگاهی یابند در نتیجه مفهوم سازی، پردازش مجدد و امکان تغییر را برای درمان جویان فراهم می سازد. HR تلاش می کند تا نوع ادراک فرد را تغییر دهد و خودانگاره شخصی و عملکرد اجتماعی مراجع را بهبود بخشد. بدین منظور تنوعی از فن های مختلف را برای شناسایی الگوهای تکراری، تغییر آن ها و ایجاد رفتارهای جدید به کـــار می برد. کاربست پردازش مجدد هولوگرافیک در سه مرحله ۱. ایمنی، ۲. اکتشاف، ۳. پردازش مجدد که هر مرحله نیز دارای ۲ گام است انجام می گیرد(۱۴،۱۵).

کارایی و اثربخـــشی درمـــــان پردازش مجدد هولوگرافیک بر تکانشگری افراد اقدام کننده به خودکشی، نـــــشانه های افسردگی، اضطراب، کنترل عواطف، علائم برانگیختگی، شناخت های پس آسیبی و دیگر علائم روان شناختی در گروه ها و جوامع آماری گوناگون، خصوصاً افراد مواجه شـــده با تروما در پژوهش های مختلفی مورد تایید قرار گرفته است. در واقع، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با تاثیر بر انعطاف پذیری شناختی باعث می گردد درمانجو انعطاف خود را در پردازش موثر و کارا به دست آورد و به اصلاح باورها و تغییر آن ها پرداخته که به رشد خودانگاره جدید می انجامد. لذا درمانجویان به جای انجام رفتار تکانشی و اقدام به خودکشی، به شیوه ای جدید حوادث و رویدادها را درک کند(۱۹-۱۶).

از جمله روان درمانی های دیگری که اثربخشی آن در درمان اختلالات خلقی، رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی در پژوهش های مختلف تایید شده است رفتار درمانی دیالکتیکی(DBT) است. رفتار درمانی دیالکتیکی در سال ۱۹۹۳ توسط مارشال لینهان برای درمان بدتنظیمی هیجانی(یعنی اختلالات خلقی، عدم کنترل خشم و تکانشگری)، مشکلات رفتاری(یعنی رفتارهای خودآسیبی) و درمان مشکلات افراد مبتلا بـه خودکشی مزمن و اختلال شخصیت مرزی شکل گرفت. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می باشند با آموزه ها و فنون فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش می باشند در آمیخته است و بر این اساس چهار مولفه مداخله ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می کند: که شامل مهارت تحمل پریشانی، ذهن آگاهی (مولفه های اصل پذیرش) و تنظیم هیجانی و روابط بین فردی(مولفه های اصل تغییر) می باشند(۲۲-۲۰).

در سال های اخیر علاوه بر اختلال شخصیت مرزی در دامنه به نسبت متنوعی از سایر اختلالات از جمله اختلال افسردگی مورد کاربرد قرار گرفته است. نتایج پژوهش های متنوعی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر علائم روان شناختی گروه های مختلف و در فرهنگ های گوناگون تایید کرده است. از جمله تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم بیماران افسرده، افراد اقدام کننده به خودکشی، اختلال دوقطبی و هم چنین خشم، تکانشگری، تنظیم هیجانی و ادراک اجتماعی در بیماران دیابتی، قلبی و... تایید شده است. در واقع، هسته اصـــلی رفتـــــاردرمانی دیالکتیکی، مهارت های ذهن آگاهی و نظم بخشی هیجانی است که به بیماران یاد می دهد نسبت به هیجانات، افکار و رفتارهایشان آگاه باشند. با هیجانات رو برو شوند و بر خلاف امیال شدید هیجانی عمل کنند. لذا رفتاردرمانی دیالکتیکی و تکنیک ها و مهارت های که در آن به کار

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

برده می شود ضمن افزایش انعـــطاف پذیری افراد می تواند بر تکانشگری نیز تاثیر بگذارد(۲۷-۲۳).

لازم به ذکر است در زمینه درمان اختلالات افسردگی و پیشگیری از اقدام به خودکشی، به رغم پیشرفت های شایان توجهی که در مداخلات درمانی صورت گرفته است، هم چنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره ها و مزمن شدن اختلال افسردگی و اقدام مجدد خودکشی مواجه هستیم نکته ای که به نابسنده بودن مداخلات درمانی موجود و نیاز به معرفی درمان های جدید، با اثربخشی و دوام بیـــشتر اشـــاره دارد تا چالش های پیش روی درمان های افسردگی را با توجه به اقدام به خودکشی، هزینه های انسانی و اجتماعی آن، هدف قرار دهند(۲،۶،۲۰،۲۳). بنا بر این شناسایی و معرفی روان درمانی های اثربخش و کارآمد در این زمینه با اهمیت و ضروری می باشد. در بین انواع روان درمانی ها، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در زمینه رویدادهای استرس زا، آسیب زا و بحرانی کارایی دارد(۱۶-۱۴)، هم چنین رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خود آسیبی نظیر مجروح کردن خود، افکار خودکشی، میل به خودکشی و اقدام به خودکشی دارند. و بیشتر در زمینه کاهش رفتارهای خودکشی، کاهش شدت علائم افسردگی و اختـــلال شخـــصیت مرزی کاربرد دارد(۲۰،۲۱،۲۷)، در نتیجه در ایـــن پژوهش ضمن بررسی اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری بیماران دارای اختـــلالات افـــسردگی اقدام کننده به خودکشی، اثربخشی این دو روش روان درمانی بر متغیرهای مورد نظر نیز مقایسه می شود.

مواد و روش ها

تحقیق حاضر کارآزمایی بالینی با روش آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند که با روش نمونه گیری تصادفی ساده و از طریق مصاحبه غربالگری و مطابق با معیارهای ورود به پژوهش، نهایتاً ۴۵ نفر به عنوان اعضاء نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل گمارده شدند. که هر کدام از گروه ها ۱۵ نفر عضو داشت.

لازم به ذکر است لیست کلیه افراد اقدام کننده به خودکشی از شبکه بهـــداشـــت شهرستان ایلام و بیمارستان شهید مصطفی خمینی(ره) تهیه شـــد و از طریق مصاحبه غربالگری و مطابق با معیارهای مورد نظر برای ورود و خروج آزمودنی ها به این مطالعه که عبارت بودند از: تشخیص یکی از اختلالات طیف افسردگی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختـــلالات روانی نسخه پنجم(DSM-V) توسط روان پزشک و روان شناس، سابقه اقدام به خودکشی، عدم ابتلاء به اختلالات طیف روان پریش، عدم مصرف مواد و داروی ترک در طول دوره پژوهش و جلسات روان درمانی، رضایت آزمودنی ها و داوطلب بودن جهت شرکت در این پژوهش، سن آزمودنی ها ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات خواندن و نوشـــتن. هم چنین ملاک های خروج از پژوهش شامل ابتلاء آزمودنی به بیماری جسمی(از قبیل سرطان) که افسردگی قابل انتساب به عوارض آن باشد، وجود تشنج و بیماری های نورولوژیک، مصرف مواد مخدر، وجود عقب ماندگی ذهنی و اختلالات طیف روان پریش، بودند. در نهایت، توسط روان شناس و با تایید روان پزشک، ۴۵ نفر از بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی جهت شرکت در این پژوهش مشخـــص شـــدند که بعد از هماهنگی های اولیه، در زمان تعیین شده به اتاق آموزشی مرکز جامع خدمات شهری(درمانگاه شماره ۶)، مراجعه کردند. که بعد توضیح کلی اهداف پژوهش و ضمن تاکید بر رعایت اصول اخلاقی از قبیل حق آزادی، انتخاب، رازداری و... فرم رضایت آگاهانه (طراحی شده در طرح پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی) در اختیار آزمودنی ها قرار داده شد که با رضایت شخصی آن را تکمیل و امضاء نمودند. سپس اعضاء نمونه به صورت تصادفی در سه گروه درمان پردازش مجـــدد هولوگرافیک، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل قرار داده شدند و از هر سه گروه پیـــش آزمون گرفته شد، در مرحله بعد، برای گروه های آزمایشی برنامه های آموزشی و درمانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

مرتبط، به صورت گروهی اجرا گردید. در حالی که گروه کنترل در طی دوره پژوهش هیچ آموزشی دریافت نکردند. جهت پیشگیری از افت آزمودنی ها، ضمن توضیح نقش و کمک آزمودنی ها به پژوهش های علمی، اشاره به فواید شرکت در این پژوهش و هم چنین تهیه سرویس ایاب و ذهاب، برنامه های آموزشی و درمانی نیز مطابق با دستورالعمل به صورت منظم و فشرده برگزار گردید. پس از اتمام جلسات آموزشی از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد و داده ها وارد نرم افزار SPSS vol.21 شد و در سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

لازم است به این نکته نیز اشاره کنیم که بعد از پایان این پژوهش، اعضاء گروه کنترل هم خدمات روان درمانی و پیگیری تلفنی البته به صورت فردی و مطابق با دستورالعمل طرح پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی، را دریافت کردند.

ابزار پژوهش

مقیاس انعطاف پذیری شناختی(CFI): مقیاس انعطاف پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است. سوال های این پرسش نامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای رتبه بندی می شود. پرسش نامه انعطاف پذیری شناختی دارای سه خرده مقیاس ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار می باشد. سوالات(۳-۴-۷-۹-۱۱-۱۷) به طور معکوس نمره گذاری می شود. حداقل نمره به دست آمده از این پرسش نامه برابر با ۲۰ و حداکثر نمره به دست آمده برابر با ۱۴۰ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی پایین می باشد(۹،۲۸،۲۹). دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند که این پرسش نامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی هم زمان مناسبی برخوردار است. روایی هم زمان این پرسش نامه با ویرایش دوم پرسش نامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین برابر با ۰/۷۵ بود(۹). در ایران شاره و همکاران در سال ۲۰۱۳، ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس های ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۷ گزارش کرده اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده اند(۲۸،۲۹).

مقیاس تکانشگری بارات(BIS): مقیاس تکانشگری بارات توسط بارات در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. جدیدترین نسخه این مقیاس، توسط بارات، استنفورد و پاتون(۱۹۹۵) تدوین شده است. این مقیاس ماهیت چند بعدی تکانشگری را از طریق ۳۰ سوالی که دارد، اندازه گیری می کند. آزمودنی به هر سوال بر اساس یک مقیاس چهار درجه ای پاسخ می دهد. پرسش نامه تکانشگری بارات دارای سه خرده مقیاس تکانشگری توجهی یا شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامگی می باشد. سوال های(۴-۵-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۹-۲۶-۲۱-۲۰) به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره به دست آمده از این پرسش نامه برابر با ۳۰ و حداکثر نمره به دست آمده برابر با ۱۲۰ می باشد. هر چقدر نمره بیشتر باشد نشان دهنده تکانشگری بیشتر است و بالعکس(۶،۱۰،۱۱،۳۰). ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارات توسط اختیاری و همکاران در سال(۱۳۸۷) صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است، اعتبار کل پرسش نامه از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفته است که به ترتیب مقادیر آن ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است. نادری و حق شناس(۱۳۸۸) در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به روایی این مقیاس پرداختند. در این تحقیق برای روایی همگرا از نمرات مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن استفاده شد که نتایج حکایت از رابطه ای معنی دار داشت. هم چنین ضریب اعتبار به روش تصنیف ۰/۶۰ و همسانی درونی ۰/۷۲ گزارش شد(۶،۱۱،۳۰).

درمان پردازش مجدد هولوگرافیک: مراحل این درمان طبق راهنمای درمان پردازش مجدد هولوگرافیک است که توسط کاتز در سال(۲۰۰۵) ارائه شده است، این شیوه درمانی در ۳ مرحله انجام می گیرد و هر مرحله نیز از ۲ گام تشکیل می شود. در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

مجموع درمان در ۶ گام پیاپی انجام می گیرد. مجموع جلسات درمانی ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای می باشد، به هر مرحله درمان سه جلسه اختصاص داده می شود(۱۴،۱۵،۱۸).

جدول شماره ۱. محتوای جلسات درمان پردازش مجدد هولوگرافیک

مراحل(جلسات)	گام	محتوای جلسات
مرحله اول:	گام یک: برقراری اتحاد درمان بخش	همانند سایر انواع روان درمانی، پردازش مجدد هولوگرافیک نیز با برقراری یک رابطه امن، قابل اعتماد بین درمانگر و درمانجو آغاز می شود.
ایمنی(جلسات اول، دوم، سوم)	گام دو: تامین یک چارچوب مهارت های مقابله‌ای	در این قسمت مهارت های مقابله ای به درمانجو آموزش داده می شود. برخی از این تکنیک ها نظیر آرامش آموزی، روش های ثابت شده ای می باشند. در حالی که برخی دیگر تکنیک ها نظیر دستگاه پسخوراند شخصی، ساندویچ آرامش آموزی، ۵ روش بیان احساسات، دستگاه کاهش دهنده، توسط کاتز (۲۰۰۵) مطرح شده اند.
مرحله دوم: اکتشاف(جلسات چهارم، پنجم، ششم)	گام سه: پرداختن به اکتشاف تجربی	در این مرحله درمانجویان به اکتشاف تجربی می پردازند، جایی که احساسات، تداعی ها، خاطرات و تصاویر به موضوعات جاری درمانجو ارتباط پیدا می کنند. اطلاعات موجود در سیستم تجربی می توانند از طریق تمرکز بر نشانه های درونی نظیر احساسات، حواس بدنی و با پرسیدن مجموعه ای سوالات معطوف به احساسات از جمله «آن مسئله چه احساسی را در شما ایجاد کرد؟ یا چه واژه ای احساسات شما را توصیف می کند؟» به دست آیند.
	گام چهار: کشیدن هولوگرام تجربی	شناسایی هولوگرام تجربی درمانجو کار ساده ای نیست، بنا بر این در این قسمت از تصویر ساده کتری روی بخاری برای سازماندهی و تبیین مولفه های هولوگرام تجربی استفاده می گردد. هر مولفه با یک جنبه تصویر همتا می شود. برای مثال انگیزش کسب شده با تراوش آب روی بخاری و خشونت هسته ای با مشعل داغ همتا می شود. به نظر می رسد که درمانجویان با استفاده از این تصویر به سرعت قادر خواهند بود مولفه های هولوگرام تجربی خود را درک کنند.
مرحله سوم: پردازش مجدد (جلسات هفتم، هشتم، نهم)	گام پنج: پردازش مجدد هولوگرام تجربی	پردازش مجدد روشی است برای تغییر و بازسازی ادراک درمانجو از یک حادثه گذشته که به طور ضعیف یا جزئی پردازش شده و منبع تقلای مستمر هیجانی شده است. از تقلای هیجانی تحت عنوان یک وقفه یاد شده است به این خاطر که پردازش ضعیف، افراد را مجبور می کند تا در الگویی از روابط و حوادث گیر کنند که جایگزین جنبه ای از ترومای اولیه گردیده است. منبع هولوگرام تجربی یک ادراک منفی و محدود کننده درباره خود، یک تعارض حل نشده و یک رابطه بیان نشده یا یک عاطفه محدودی نظیر گناه و خودسرزنشی است.
	گام شش: برقراری الگوهای جدید	این دوره بحث درباره تاثیر پردازش مجدد و کاربردهای آن برای درمانجویان در آینده را در بر می گیرد که شامل ایجاد اهداف جدید برای زندگی، و رشد یک خودانگاره مثبتی می باشد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی: راهنمای اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی توسط مارشال لینهان(۱۹۹۳) ارائه شده است. که در آن چهار مولفه یا مهارت اصلی آموزش داده می شود. در مجموع جهت آموزش هر دسته از این مهارت ها دو جلسه زمان اختصاص داده می شود. این پروتکل درمانی طی هشت جلسه گروهی، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه ای، اجرا می گردد. هم چنین، هر جلسه در برگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و هم چنین تمرینات خارج از جلسه می باشد(۲۴،۲۵).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

جدول شماره ۲. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

مولفه/جلسات	مهارت	محتوای جلسات(نمونه ای تمرین ها)
هوشیاری فراگیر بنیادین (جلسات اول و دوم)	مهارت های چیستی (مشاهده، توصیف و شرکت کردن)	تمرین تنفس آگاهانه، تمرکز به مدت یک دقیقه، تمرکز بر یک شی، دست یابی به تمرکز کامل در لحظه اکنون(زمان حال)، تمرین مراقبه ذهن خردمند، آموزش و تمرین تصمیم گیری بر اساس ذهن خردمند.
	مهارت های چگونگی (غیر قضاوتی، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن)	تمرین قضاوت های منفی و فرم ثبت قضاوت های منفی،آشنایی با قضاوت ها و برچسب ها، آموزش برنامه روزانه ذهن آگاهی، ارتقاء مهارت های ذهن آگاهی با استفاده از مهربانی و شفقت، تمرین فعالیت مراقبه برای رسیدن به آرامش و سکوت،
تحمل پریشانی (جلسات سوم و چهارم)	مهارت های گذر از بحران(منحرف کردن افکار، آرام سازی، بهسازی لحظات، سود و زیان)	تمرین توجه برگردانی از طریق شمارش، توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسان، خود آرامش بخشی با استفاده از حواس پنجگانه، تصویرسازی از مکان امن(تجسم محل امن)، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و گنجاندن آن ها در برنامه هفتگی
	مهارت های پذیرش واقعیت (پذیرش محض، برگرداندن ذهن، رضایمندی)	شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، استفاده از افکار مقابله ای خود تشویق گرایانه و خود تصدیقی، فهرست افکار مقابله ای، تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری(خودگویی های تاییدگرایانه، ورزش، بهداشت خواب،) افزایش هیجان های مثبت، نظارت بر خود بدون قضاوت.
تنظیم هیجانی (جلسات پنجم و ششم)	مهارت های یادگیری شناسایی و نام گذاری هیجان ها، شناسایی موانع تغییر هیجانات، کاهش میزان آسیب‌پذیری نسبت به هیجان ها، افزایش رخدادهای هیجانی مثبت	آموزش شناسایی و آشنایی با هیجانات، پر کردن برگه تمرین شناسایی هیجانات، آموزش موانع هیجان های سالم از طریق مدل افکار- هیجان- رفتار، آشنایی با هیجان های که منجر به انجام رفتارهای مخاطره آمیز و آسیب رسان می شوند، تعادل بین افکار و هیجانات با استفاده از پر کردن فرم
	مهارت های افزایش هوشیاری نسبت به هیجان ها، عمل کردن به صورت مخالف با هیجان، به کارگیری مهارت ها و تکنیک های تحمل پریشانی	تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجان ها بدون قضاوت درباره هیجان ها، رویارویی با هیجان ها، تمرین ثبت هیجان و کامل کردن فرم ثبت هیجان، آموزش عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی، کامل کردن برگه تمرین برنامه ریزی عمل متضاد، استفاده از برگه ثبت تنظیم گر هفتگی برای کاهش آسیب پذیری
ارتباط بین فردی (جلسات هفتم و هشتم)	مهارت هایی برای درخواست کردن نیازها، مهارت نه گفتن قاطعانه	آشنایی با مهارت طرح یک درخواست ساده، تمرین طرح یک درخواست ساده، تمرین تناسب بین خواسته های من و دیگران، تمرین تعدیل شدت خواسته ها، تمرین مهارت نه گفتن، آموزش چگونگی مذاکره، مهارت های جراتمندی
	مهارت مقابله کردن با تعارض های بین فردی اجتناب ناپذیر یا کنارآمدن با ناسازگاری های غیرقابل‌اجتناب	آموزش خودشناسی، آموزش ارزش قائل شدن برای خود و نوشتن حقوق خود، تمرین شناسایی سبک ارتباطی، آموزش مهارت آموزی روابط بین فردی، شناسایی موانع استفاده از مهارت های بین فردی، شناسایی راهبردهای منفعلانه روابط(کمرویی)، شناسایی مشکلات بین فردی

یافته های پژوهش

تعداد ۴۵ نفر از بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام با دامنه سنی ۲۰ تا ۳۸ سال و میانگین سنی ۲۶/۷۱ سال و انحراف معیار ۵/۳۵ در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد ۲۹ نفر (۶۴/۴۰ درصد) زن و ۱۶ نفر(۳۵/۶۰ درصد) مرد بودند. به لحاظ وضعیت تاهل ۱۸ نفر(۴۰ درصد) مجرد و ۲۷ نفر(۶۰ درصد) متاهل بودند. از این بین ۷ نفر(۱۵/۵۵) زیر دیپلم، ۱۶ نفر(۳۵/۵۶) دیپلم، ۱۹ نفر(۴۲/۲۲) کارشناسی و ۳ نفر(۶/۶۷) کارشناسی ارشد بودند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری شناختی، تکانشگری و مولفه های آن در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و گروه های آزمایشی

متغیر	گروه	کنترل		هولوگرافیک		رفتاردرمانی دیالکتیکی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک کنترل پذیری	پیش آزمون	۲۲/۶۰	۲/۲۶	۲۳/۱۳	۲/۱۳	۲۳/۷۳	۱/۹۴
	پس آزمون	۲۲/۰۶	۲/۵۲	۳۶/۳۳	۳/۱۳	۳۵/۱۳	۳/۶۶
ادراک گزینه های مختلف	پیش آزمون	۳۱/۲۰	۲/۱۱	۳۰/۹۳	۲/۰۱	۳۱/۱۳	۲/۰۳
	پس آزمون	۲۹/۷۳	۴/۶۵	۴۶/۰۰	۴/۷۹	۴۵/۲۶	۴/۹۶
ادارک توجیه رفتار	پیش آزمون	۴/۳۳	۱/۳۴	۴/۴۰	۱/۱۸	۴/۵۳	۱/۰۶
	پس آزمون	۴/۲۰	۱/۵۶	۱۱/۰۰	۱/۴۶	۱۰/۴۰	۱/۰۵
انعطاف پذیری شناختی	پس آزمون	۵۸/۱۳	۵/۱۶	۵۸/۴۶	۴/۱۸	۵۹/۴۰	۴/۳۳
	پیش آزمون	۵۵/۸۶	۸/۳۵	۹۳/۳۳	۸/۰۲	۹۰/۸۰	۸/۳۹
توجهی	پیش آزمون	۲۴/۸۰	۳/۵۰	۲۵/۴۶	۲/۷۴	۲۵/۰۶	۳/۳۹
	پس آزمون	۲۵/۶۰	۳/۶۲	۱۶/۰۶	۱/۲۷	۱۴/۸۰	۲/۰۴
حرکتی	پیش آزمون	۳۴/۵۳	۴/۲۴	۳۴/۸۶	۲/۶۴	۳۴/۴۰	۳/۴۸
	پس آزمون	۳۵/۱۳	۴/۵۶	۲۲/۹۳	۲/۰۸	۱۹/۶۰	۱/۹۹
بی برنامگی	پیش آزمون	۳۴/۸۰	۴/۲۶	۳۵/۴۰	۳/۰۶	۳۵/۰۰	۴/۶۷
	پس آزمون	۳۵/۵۳	۴/۳۰	۲۲/۲۶	۲/۷۶	۲۱/۲۶	۲/۳۱
تکانشگری	پیش آزمون	۹۴/۱۳	۱۱/۰۸	۹۵/۷۳	۶/۸۹	۹۴/۴۶	۱۰/۶۶
	پس آزمون	۹۶/۲۶	۱۱/۷۹	۶۳/۴۶	۵/۰۱	۵۵/۶۶	۵/۴۵

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف پذیری شناختی و مولفه های آن(ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار)، تکانشگری و مولفه های آن(تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و بی برنامگی) را در پیش آزمون و پس آزمون برای گروه کنترل و گروه های آزمایشی(گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی) را نشان می دهد. همان طور که نتایج این جدول نشان می دهد میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری شناختی در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل به ترتیب برابر با (۵۸/۵،۱۳/۱۶) و (۵۵/۸،۸۶/۳۵) می باشد. در گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برابر با (۵۸/۴،۴۶/۱۸) و (۹۳/۸،۳۳/۰۲) می باشد و در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی برابر با (۵۹/۴،۴۰/۳۳) و (۸/۳۹، ۹۰/۸۰) می باشد. هم چنین میانگین و انحراف معیار تکانشگری در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل به ترتیب برابر با(۹۴/۱۱،۱۳/۰۸) و (۹۵/۱۱،۷۳/۷۹) می باشد. در گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برابر با (۹۵/۶،۷۳/۸۹) و (۶۳/۷،۴۶/۹۹) می باشد و در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی برابر با (۹۴/۱۰،۴۶/۶۶) و (۵۵/۵،۶۶/۴۵) می باشد.

برای بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس، و مفروضه توزیع نرمال متغیرها از آزمون آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که سطح معنی داری به دست آمده برای انعطاف پذیری شناختی($P>0.478$) و تکانشگری($P>0.900$) بوده است، که بزرگ تر از($P>0.05$) هستند، بنا بر این معنی دار نمی باشند و توزیع متغیرها نرمال است. برای مفروضه همگنی واریانس ها نتایج آزمون لوین برای انعطاف پذیری شناختی برابر با(۲/۹۱۰) و برای تکانشگری(۰/۸۶۹) بوده است، که در سطح($P<0.05$) معنی دار نمی باشند، بنا بر این مفروضه همگنی واریانس ها رعایت شده است. در نهایت، به منظور بررسی همگنی شیب های رگرسیونی، مقدار F مربوط به تعامل گروه با پیش آزمون برای متغیر انعطاف پذیری شناختی(۱/۹۶۲) و برای تکانشگری(۲/۰۹۰) می باشد، که در سطح($P<0.05$) معنی دار نمی باشند. بنا بر این شیب های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش همگن می باشند و در نتیجه مفروضه همگنی شیب های رگرسیون نیز رعایت شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

جدول شماره ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری(مانکوا) برای تاثیرات عضویت گروهی

شاخص / آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه ها	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۱/۷۰۳	۵۱/۶۶۰	۸/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲	۱/۰۰
لمبدای ویلکز	۰/۰۰۴	۱۳۲/۱۴۱	۸/۰۰۰	۷۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۳۸	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۷۴/۹۳۵	۳۱۸/۴۷۲	۸/۰۰۰	۶۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۷۴	۱/۰۰
بزرگ ترین ریشه روی	۷۲/۴۰۲	۶۵۱/۶۲۲	۴/۰۰۰	۳۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶	۱/۰۰

نتایج جدول شماره ۴ نشـــان می دهد که بین گروه های آزمایشی و گروه کنترل از نظر متغیرهای وابسته(انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری) تفاوت معنی داری وجود دارد. همان طور که نتایج این جدول نشان می دهد F کلی مربوط به آزمون لمبدای ویلکز با ارزش(۰/۰۰۴) معنی دار می باشد(P<0.000, F=132.141). بنا بر این بین گروه های آزمایشی و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای وابسته تفـــاوت معنی داری مـــشاهده می شود. هـــم چنین توان آمـــاری بـــرابـــر بـــا ۱/۰۰ اســـت، به عـــبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری(مانکوا) بر روی نمرات پس آزمون متغیرها با کنترل نمرات پیش آزمون

شاخص / متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
انعطاف پذیری شناختی	۱۲۵۶۳/۰۶	۲	۶۲۸۱/۵۳	۱۵۷/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۸۹۲
تکانشگری	۱۴۰۶۷/۴۸	۲	۷۰۳۸/۲۴	۳۸۰/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۲

جدول شماره ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری(مانکوا) بر روی نمرات پس آزمون متغیرها با کنترل نمرات پیش آزمون را نشان می دهد. همان طور که در این جدول ارائه شده است با کنترل پیش آزمون، بین متغیرهای انعطاف پذیری شناختی(P<0.000, F=157.73) و تکانشگری(P<0.000, F=380.27) در بیماران افسرده اقـــدام کننده به خودکشی در گروه های آزمایشی(گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی) و کنترل تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده می شود. جهت انجام مقایسه و برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تفاوت وجود دارد، از آزمون بونفرونی استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول شماره ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون سه گروه بر اساس تفاضل و سطح معناداری

متغیر	گروه		اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
انعطاف پذیری شناختی	کنترل	هولوگرافیک	-۳۷/۲۰۶*	۲/۳۱۴	۰/۰۰۰
		دیالکتیکی	-۳۳/۸۷۵*	۲/۳۲۰	۰/۰۰۰
	هولوگرافیک	دیالکتیکی	۳/۳۳۱	۲/۳۱۲	۰/۴۷۴
تکانشگری	کنترل	هولوگرافیک	۳۳/۸۹۵*	۱/۵۷۸	۰/۰۰۰
		دیالکتیکی	۴۰/۷۱۶*	۱/۵۸۲	۰/۰۰۰
	هولوگرافیک	دیالکتیکی	۶/۸۲۱*	۱/۵۷۶	۰/۰۰۰

جدول شماره ۶ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون سه گروه بر اساس تفاضل و سطح معناداری را نشان می دهد. همان طور که نتایج این جدول نشان می دهد بین انعطاف پذیری شناختی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه کنترل با گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک(P<0.000)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

و گروه رفتار درمانی دیالکتیکی(P<0.000) تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده می شود، ولی در گروه پردازش مجدد هولوگرافیک با گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود(P>0.474). طبق نتایج این جدول، بین تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه کنترل با گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک(P<0.000) و گروه رفتار درمانی دیالکتیکی(P<0.000) و هم چنین بین تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتار درمانی دیالکتیکی تفاوت معنی داری مشاهده می شود(P<0.000).

بحث و نتیجه گیری

تحلیل نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شده اند. هم چنین رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی را بیشتر کاهش داده است. ولی در متغیر انعطاف پذیری شناختی بین این دو گروه درمانی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. هر چند مطالعه ای که اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتار دمانی دیالکتیکی را مورد مقایسه قرار داه باشد، یافت نشد، با این وجود یافته های این پژوهش با نتایج مطالعات(۲۵-۱۴) در زمینه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک یا رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای روان شناختی گوناگونی از قبیل انعطاف پذیری شناختی، تکانشگری، کاهش نشانه های افسردگی، در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی و در جمعیت های بالینی دیگر، همسو و همخوان می باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می توان گفت که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به دلیل این که از فنون اصلی رویکردهای درمان روان پویشی، شناختی- رفتاری و درمان تجربی به صورت تلفیقی استفاده می کند می تواند در کاهش تمامی علائم وابسته به رویداد آسیب زا و بیماری(مانند اقدام به خودکشی و افسردگی) اثربخش و موثر باشد. پردازش مجدد هولوگرافیک از طرین افزایش دانش و آگاهی فرد، آشنا کردن درمانجو با خود بازبینی، شناسایی هیجان های ویژه تداعی شده با افسردگی، مشخص کردن تمایز بین افکار، احساسات و هیجانات به وی کمک می کند تا بتواند ارتباط بین افکار و احساس خود را دریابد و در نتیجه درمانجو باور و شناخت خود را نسبت به موضوع پیشین تغییر می دهد و بدین صورت، منجر به افزایش انعطاف پذیری شناختی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می شود. هم چنین، این درمان از طریق ارزیابی مجددی که در نظام باورهای شناختی درمانجو به عمل می آورد، به همراه آموزش مهارت های مقابله ای و راهبردهای ایمنی، کمک می کند تا درمانجو بتواند شیوه های دیگری را در موقعیت های استرس زا به کار گیرد و این گونه منجر به کاهش تکانشگری در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می شود(۱۵،۱۶).

به عبارت دقیق تر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به دنبال تمرکز بر مواجهه سازی درمانجو و تغییر و بازسازی ادراک و شناخت وی از رویداد آسیب زا در گذشته بوده(تغییر انعطاف پذیری شناختی) و از روش های چون آموزش مهارت های مقابله ای (به جای تکانشگری) برای مقابله با رویدادهای استرس زا استفاده می نماید. از طرف دیگر، این درمان به درمانجویان کمک می کند تا از طریق مهارت ذهن آگاهی رویداد آسیب زای تجاوز، اقدام به خودکشی، خیانت، طلاق و... را پذیرش کرده و با سناریوسازی مجدد صحنه، انسداد هیجانی تخلیه گردد و باعث رهاسازی احساسات گناه، شرم و خودسرزنشی مراجع می شود. که این فرآیند به درمانجو کمک می کند تا به شیوه ای جدید رویدادها را درک کرده و خودپذیری و خود بخششی را تسهیل نمایند و به اصلاح باورها و شناخت ها و تغییر آن پرداخته و به این لحاظ انعطاف پذیری شناختی را افزایش و تکانشگری را

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

کاهش می دهد. در واقع، درمان HR با تاثیرگذاری بر ادراکات و گرایش های هیجانی، شناختی و رفتاری در مراجعان، باعث می شود آن ها جهان بینی خود را تقویت کنند، که در نهایت به رشد خودانگاره جدید در درمانجو می انجامد(۱۹-۱۴). بنا بر این، با توجه به رویداد استرس زای اقدام به خودکشی و تاریخچه زندگی و تجارب بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، منطقی و تبیین پذیر می باشد.

اما در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق به کارگیری مهارت های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظم هیجانی و مهارت های بین فردی به دنبال تاثیر گذاری بر نارسایی در زمینه های شناختی(عقاید پارانویدی، پاسخ های تجزیه ای، افزایش انعطاف پذیری شناختی)، رفتاری(کاهش تکانشگری و آسیب رساندن به خود)، هیجانی(مشکلات خلق، کنترل خشم)، احساس نسبت به خود(مشکلاتی هویتی)، و نارسایی بین فردی (مشکلات ارتباطی) می باشد(۲۰،۲۴). هم چنین، بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی نسبت به بیماری و وضعیت روان شناختی خود دیدگاه فاجعه آمیز و غیر قابل تحمل دارند که نشان دهنده نوع برداشت (کاملاً سیاه) و تفکر منفی آن ها در مورد رویدادهای زندگی است. بر این اساس، تاکید بر هوشیاری فراگیر بنیادین(پذیرش و ذهن آگاهی) به عنوان یکی از مولفه ها و محورهای رفتاردرمانی دیالکتیکی، به مراجع کمک می کند تا رویداد اقدام به خودکشی را بدون قضاوت درک کند و بپذیرد؛ سپس ارائه آنتی تزهایی از همین رویداد که کاملاً سیاه نیستند، شناخت ها و برداشت های دیگر(سیاه و سفید) در ذهن درمانجو ایجاد می کند، که پس از پایان جلسات درمان، درمانجو به جمعی از واقعیت های مثبت و منفی در رابطه با بیماری و اقدام به خودکشی خواهد رسید. در نهایت، دست یابی به این برداشت ها و شناخت ها مستلزم افزایش انعطاف پذیری شناختی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی است(۲۱،۲۳،۲۵،۲۶).

به عبارت دقیق تر، هسته اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی، مهارت های ذهن آگاهی و نظم بخشی هیجانی است که به بیماران یاد می دهد نسبت به هیجانات، افکار و رفتارهایشان آگاه باشند، با هیجانات رو برو شوند و بر خلاف امیال شدید هیجانی عمل کنند (افزایش انعطاف پذیری شناختی)، به علاوه تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان برای نظم بخشی هیجانی و کاهش بی ثباتی و تکانشگری و بسیار اثربخش است. لذا این گونه، رفتاردرمانی دیالکتیکی و تکنیک ها و مهارت های که در آن به کار برده می شود می تواند منجر به افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش تکانشگری شود(۶،۱۲،۲۰).

در نهایت، یافته های این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی را بیشتر کاهش می دهد. که در تبیین این یافته پژوهشی با استناد به نتایج تحقیقات متعدد، می توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت اختصاصی برای کاهش تکانشگری افرادی طراحی شده است که رفتارهای خود آسیبی نظیر مجروح کردن خود، افکار خودکشی، میل به خودکشی و اقدام به خودکشی دارند. لذا، تکنیک ها و مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت ویژه برای کاهش تکانشگری، کاهش رفتارهای خودکشی، کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت مرزی کاربرد دارد(۶،۱۲،۲۰). به عبارت دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیکی دارای یک عنصر و محتوای یکپارچه درمانی برای کاهش تکانشگری و پیشگیری از اقدام به خودکشی در بین جمعیت بالقوه(خصوصاً بیماران افسرده) است و بنا بر این برای کاهش رفتارهای تکانشگرانه، پرخاشگرانه، خشونت آمیز و... مثمر ثمر است(۲۰،۲۱). هم چنین، آموزش مهارت حل مسئله در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران در جهت حل تعارض و تصمیم گیری کمک می کند و باعث می شود کارآمدی فردی و کنترل خود را افزایش و رفتارهای تکانشی و تکانشگری را کاهش دهند. از طرف دیگر، در این درمان آموزش

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

مهارت های تحمل پریشانی نیز به افراد مبتلا در کنار آمدن با موقعیت های آشفته ساز کمک می کند تا ضمن تحمل شرایط استرس زا و پذیرش هیجانات، به مرور زمان راهبردهای مقابله ای قدیمی مانند تکانشگری و آسیب رساندن به خود و عدم برنامه ریزی را با راهبردهای مقابله ای سالم جایگزین نماید(۱۲،۲۵).

با توجه به نتایج این پژوهش هر دو درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی اثر گذار بوده اند لذا می توانند برای درمان اختلالات طیف افسردگی و مداخله در شرایط بحرانی نظیر اقدام به خودکشی سودمند و کارآمد باشند. لازم به ذکر است با توجه به رسیدگی به وضعیت بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی و از طرف دیگر استفاده از گروه کنترل در این پژوهش، امکان آزمون پیگیری فراهم نبود، که می تواند جزء محدودیت های این پژوهش باشد. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی جهت اطمینان از اثرات و هم چنین کاربردهای این نوع روانی درمانی ها در درازمدت از آزمون پیگیری استفاده کرد.

کداخلاق: Ee/98.24.3.57583/SCU.ac.ir

Refernces

1. Li Z, Li B, Song X, Zhang D. Dietary zinc and iron intake and risk of depression a meta- analysis. Psychiatr Res J 2017; 251: 41-7.

2.Hatami S, Rezaei M, Hojjat S, Einbeigi E, Monadiziarat H. [Effectiveness of meta cognitive therapy on suicidal ideation of depressive patients under medical treatment]. Clin Psychol Stud 2016; 6: 1-13. (Persian) doi:10.22054/jcps.2016.3917

3. Wang X, Xie X, Wang Y, Wang P, Lei L. Partner phubbing and depression among married Chinese adults the roles of relationship satisfaction and relationship length. Personal Individ Dif J 2017; 110: 7-12.

4. Dehdashti A, Bahrami M, Karami M. [Investigation depression prevalence and related effective factors amongstudents at health faculty Semnan University of medical sciences in 2017 Iran]. Zanko Med Sci J 2018; 1: 24-32.(Persian)

5.Daliri S, Bazyar J, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sayehmiri F. [The incidence rates of suicide attempts and successful suicides in seven climatic conditions in Iran from 2001 to 2014 a systematic review and meta-analysis]. SJKUMS 2017; 21: 1-15. (Persian)

6.Zamani N, Ahmadi V, Ataaei Moghanloo V, Mirshekar S. [Comparing the effectiveness of two therapeutic methods of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from major depressive disorder showing a tendency to suicide].SJIMU2014; 22:45-54.(Persion)

7.Masuda A, Tully EC. The Role of mindfulness and psychological flexibility in somatization depression anxiety and general psychological distress in a nonclinical college sample. ECAM J 2012; 17: 66-71.

8. Curran T. An actor partner interdependence analysis of cognitive flexibility and indicators of social adjustment among mother child dyads. Paid J 2018; 126: 99-103. doi.org/10.1016/j.paid.

9. Dennis JP, Vanderwal JS. The cognitive flexibility inventory instrument development and estimates of reliability and validity. Cog Ther Res J 2010; 34: 241-53.

10.Moustafa AA, Tindle R, Frydecka D, Misiak B. Impulsivity and its relationship with anxiety depression and stress. Compr Psychiat J 2017; 3:173-9. doi.org/10.1016/j.

11. Nadimi M. [Effectiveness of dialectical behavior therapy based on skills training on reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on Methamphetamine]. Frooyesh J 2016; 5:47-74. (Persian)

12. Akhavan S, Sajjadian I. [Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional instability and impulsivity in bipolar patients]. JCP 2016; 8: 11-24. doi:10.22075/jcp.2017.2241. (Persian)

13. Hermana AM, Critchley HD, Duka Th. The role of emotions and physiological arousal in modulating impulsive behaviour.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

Biopsychol J 2018; 133: 30-43. doi.org/10. 1016/ j.biopsycho.

14. Katz LS, Douglas S, Zaleski K, Williams J, Huffman C, Cojucar G. Comparing holographic reprocessing and prolonged exposure for women veterans with sexual trauma: A pilot randomized trial. Cont Psycho J 2014: 44: 9-19. doi.org/10.1007/s10879-013-9248-6.

15. Salehi Mn, Naami AZ, Kazemi N, Hamidi Z. [Effectiveness of holographic reprocessing on affective control and difficulty in emotion regulating of Women applicants for the divorce faced with infidelity]. JZVJ 2018; 9: 197-2019. (Persian)

16.Rezapoor Y, Zakeri M. The effective-ness of holographic re treatment on the meaning of life fear of negative evaluation and rumination of depressed women. QCCPC J 2019; 10: 49-70. (Persian) doi:10.22054/qccpc.2019.40602.2095.

17. Otared N, Borjali A, Sohrabi F, Basharpoor S. The efficacy of holographic reprocessing therapy on arousal and intrusion symptoms in veterans with post traumatic stress disorder. J Urmia Uni Med Sci 2016;2: 427-37. (Persian)

18. Kazemi N, Narimani M, Basharpour S. [Effectiveness of holographic reprocessing on improrement of traumatic memories and posttraumatic cognitions in Womens asked divorce]. Coun Res Deve J 2017;16: 36-59. (Persian)

19. Narimani M, Basharpour S, Gham-arigivi H, Aboulghasemi A. Effectiveness of cognitive processing therapy and holographic reprocessing on the reduction of psychological symptoms in students exposed to trauma. Jcp 2011; 3: 41-52. (Persian) doi:10.22075/jcp.2017.2061.

20. Christopher RD, Katherine AC, Sara JL. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior a meta- analysis. Beth J 2019: 50: 60-72. doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009.

21. Frazier SN, Vela J. Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior a review. AVB J 2014; 19: 156-63. doi.org/10.1016/j.avb.

22. Babaei L, Fakhri M, Jadidi M, SalehiOmran M. [The impact of dialectical behavior therapy on emotion regulation and perceived social support in patients with coronary heart disease]. JBUMS 2015; 17:21-7. (Persian) doi:10.22088/jbums. 17.11.21.

23.Nadimi M, Pishgar M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R. [Comparing efficacy of groups cognative behavior therapy and dialectical behavior therapy on treatment of depression in multiple sclerosis patients]. J Urmia Uni Med Sci 2014; 25:327-37. (Persian)

24. Lang CM, Edwards AJ, Mittler MA, Bonavitacola L. Dialectical behavior therapy with prolonged exposure for adolescents: rationale and review of the research. the address for the corresponding author was captured as affiliation for all authors. Cbpra J 2018; 25: 416-28. doi.org/10.1016/j.cbpra.

25. Alavi Kh, Modarresgharavi M, Aminyazdi SA, Salehifadardi J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy based on core mindfulness distress tolerance and emotion regulation components on depressive symptoms in university students]. JFMH 2011; 13:124-35. (Persian)

26. Amini A, Shariatmadar A. [The effectiveness of group dialectic behavioral therapy on catastrophizing and ruminations of mothers with mental retarded children]. QCCPC 2018; 9: 171-90. doi:10.22054/QCCPC.2018.30478.1777. (Persian)

27. Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. Brat J 2016; 77: 78-85. doi.org/10.1016/j.brat.

28. Imani M, Karimi J, Behbahani M, Omidi A. [Role of mindfulness psychological flexibility and integrative self knowledge on psychological well being among the university students]. Feyz J 2017; 21 :170-7. (Persian)

29.Taghizadeh M E, Farmani A. [A study of the role of cognitive flexibility in predicting hopelessness and resilience among University students]. JCP 2014; 1:67-75. (Persian)

30.Amiri S, Yaghobi A. [Evaluation of psychometric features of the triple dark scale of personality]. IJAp 2017; 6: 77-97. (Persian) doi.org/10.22067/ijap.v6i1.49000.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]

Comparison of the Effectiveness of Holographic Reprocessing and Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Flexibility and Impulsivity among Depressed Patients with a Suicide Attempt in Ilam, Iran

Salehi M[1], Hamid N[1], Beshlideh K[1], Arshadi N[1]*

(Received: July 2, 2019 Accepted: September 17, 2019)

Abstract

Introduction: Depression is the most common psychiatric disorder throughout life. One of its major consequences is an increase in suicide rates and suicide attempts. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of holographic reprocessing and dialectical behavioral therapy on cognitive flexibility and impulsivity in depressed patients who have attempted suicide.

Materials & Methods: This experimental study was conducted based on a pre-posttest design with a control group. The statistical population of this study included all depressed patients who attempted suicide in Ilam during 2018. In total 45 participants were selected through a simple random sampling and assigned randomly into three groups of holographic reprocessing, dialectical behavior therapy, and control group (15 cases per group). The data were collected using Denis and Vendoral Cognitive Flexibility Scale and The Barratt Impulsiveness Scale. The data were analyzed in SPSS software (version 21) through a multivariate analysis of covariance and the Bonferroni test. *Ethics code:* Ee/98.24.3.57583/SCU.ac.ir

Findings: The results obtained from the multivariate covariance analysis showed a statistically significant difference between the experimental groups (i.e., holographic reprocessing group and dialectical behavioral therapy group) and the control group ($F=132.141$, $P<0.001$) regarding the cognitive flexibility and impulsivity. Moreover, according to the results of the Bonferroni test, the dialectical behavior therapy reduced the amount of impulsivity of depressed patients who attempted suicide more than the holographic reprocessing group ($P<0.001$). However, there was no significant difference between the dialectical behavioral therapy group and the holographic reprocessing group in terms of the level of cognitive flexibility ($P>0.447$).

Discussion & Conclusions: Both holographic reprocessing and dialectical behavior therapy can have remarkable effects on the treatment of depressive disorders. In addition, they are considered useful and can be employed as interventions in critical situations in which individuals attempt to commit suicide.

Keywords: A suicide attempt, Cognitive flexibility, Depression, Dialectical behavioral therapy, Impulsivity, Holographic reprocessing therapy

1. Dept of Psycology, faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

** Corresponding author Email: Mn.salehi66@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-05-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.1]