مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک و روان درمانی یکپارچه توحیدی بر کاهش افکار خود کشی و تغیر شناختی هیجان در افراد اقدام کننده به خود کشی

حمدالله جایروند*

۱) گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۲۴ تاریخ پذیرش:۹۶/۶/۲۶

چکیده

مقدمه: خود کشی در تمام فرهنگ ها و دوره ها وجود داشته است و برای فرد، خانواده و جامعه مصیبت بار است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک و روان درمانی یکپارچه توحیدی در افراد اقدام کننده به خود کشی بود.

مواد و روش ها: نمونه پژوهش شامل۴۰ نفر زن و مرد با اقدام به خود کشی نا موفق (از سال ۱۳۹۴ به بعد) بود، لیست این افراد با همکاری بهزیستی شهرستان آبدانان تهیه و به صورت تصادفی به سه گروه روان درمانی یکپارچه توحیدی (۱۳ نفر)، رفتار درمانی دیالکتیک (۱۳نفر) و گروه کنترل (۱۴نفر) تقسیم شدند. مداخله برای گروه اول با استفاده از مدل روان درمانی یکپارچه توحیدی و برای گروه دوم با استفاده از مدل رفتار درمانی دیالکتیک بود. شرکت کننده های سه گروه قبل از مداخله، پایان مداخله و ۳ ماه پس از پایان مداخله (پیگیری) توسط مقیاس های افکار خود کشی بک و مقیاس تنظیم شناختی هیجان ارزیابی شدند. داده ها توسط آزمون تحلیل واریانس دو راهه با اندازه گیری مکرر و تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل گردید.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد در مرحله بعد از مداخله و مرحله پیگیری دو گروه آزمایش یعنی رفتار درمانی دیالکتیک و روان درمانی یکپارچه توحیدی نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری داشتند. در پایان دوره مداخله، روان درمانی یکپارچه توحیدی نسبت به رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل در متغیر های افکار خودکشی اثر بخشی بیش تری را نشان داد، اما رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به درمان یکپارچه توحیدی در متغیر تنظیم شناختی هیجان اثر بخشی بیش تری را نشان داد.

بحث و نتیجه گیری: یافته های این پژوهش از تقویت اثربخشی روان درمانی با ظرفیت های فرهنگی و آموزه های دینی حمایت می کند.

واژه های کلیدی : روان درمانی یکپارچه توحیدی، رفتار درمانی دیالکتیک، افراد اقدام کننده به خود کشی

* **نویسنده مسئول** : گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email: Hamj6137@gmail.com

Copyright © 2017 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 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

مقدمه

خود کشی و اقدام به خود کشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی، رفتاری و ضد اجتماعی به شمار می رود. خود کشی یکی از هشت علت اصلی مرگ و میر در اکثر کشور ها می باشد و سالیانه یک میلیون نفر در جهان دست به خود کشی می زنند و احتمالا آمار واقعی که شامل اقدام به خود کشی و سایر رفتار های خودکشی گرایانه است، ۱۰ تا۲۰ برابر این میزان است (۱). رویکرد های روان درمانی خاص برای پیشگیری و درمان اختلال افسردگی و خود کشی معرفی شده اند (۲). یکی از مهم ترین درمان های تلفیقی که در دهه های اخیر برای درمان افراد با افکار خود کشی و اختلال شخصیت مرزی کارایی زیادی داشته است تکنیک رفتار درمانی دیالکتیک Dialectical Behavior Therapy (DBT) می باشد. این درمان برای افرادی طراحی شده است که دارای رفتار های خود آسیبی هم چون مجروح کردن خود، افکار خود کشی، میل به خود کشی و تلاش برای خود کشی دارند و در واقع تغییر و اصلاح درمان گری رفتاری- شناختی می باشد. فرضیه اصلی درمان این بود: افرادی که می خواهند بمیرند ، دارای مهارت لازم برای زندگی که ارزش زیستن دارد نیستند (۳). اثر بخشی آن در کاهش رفتار های خود زنی (۵، ۴) ؛ اثر بخشی بر افزایش روابط بین فردی (۶)، کاهش افسردگی ، نا امیدی و تحریک پذیری، تنظیم هیجان و تحمل استرس (۹ ،۸ ،۷)، تاثیر آن در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که خود کشی نا موفق داشته اند (۵) و تاثیر آن بر کاهش رفتار های خود آسیب رسان با پیگیری یک ساله (۱۰) دیده شده است. روان درمانی عملا برخورد حداقل دو فرهنگ است: یک یا چند فرهنگ متعلق به مراجع و یک یا چند فرهنگ متعلق به درمان گر. علاوه بر فرهنگ اجتماعی اصلی که درمان گر دارد، رویکرد های روان درمانی او نیز نوعی فرهنگ را شکل می دهند که عبارتند از هنجار ها، ارزش ها و آدابی که بخشی از فرهنگ فرد گرای کلی هستند. درمان ابزاری برای تغییر فرهنگ مراجعه کننده نیست، بلکه فرهنگ را باید برای ایجاد تغییر درمانی به کار گرفت. درمان گر باید تناقضات و تعارضات ظریفی که در نظام باور های مراجع وجود دارد تشخیص دهد و جنبه های فرهنگی می تواند این تغییر را تسهیل سازد و به کار گیرد (۱۱). عدم توجه روان درمانی سنتی به عنصر معنویت و ارزش‌های دینی در فرایند درمان، نا پایداری تغییر های رفتاری ایجاد شده در دراز مدت و درصد بالای بازگشت به رفتار های نا به هنجار را به دنبال داشته است. اکنون آنان در جست و جوی روش های نوینی هستند که بتوانند با تأثیرگذاری یکپارچه و هماهنگ، کل وجود فرد را تحت تأثیر قرار داده و همه شناخت ها، عواطف، هیجانات و رفتار های وی را به صورت منسجم و هماهنگ تغییر دهند تا سلامت روانی فرد تأمین شود. به همین دلیل امروزه بیش تر روان درمان گران استفاده از روش های التقاطی و یکپارچه را ترجیح می دهند (۱۲) . یکی از این روش های کل نگر و تلفیقی، روش درمان یکپارچه ی توحیدی است. در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه های الهی و معنوی به ویژه مؤلفه ی اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته های روان درمانی ادغام گردد، کار آمدی و پایداری درمان به صورت چشم گیری افزایش می یابد زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام بخشی و یکپارچه سازی شخصیت را دارا می باشد (۱۳). پژوهش ها از نقش تنظیم شناختی هیجان درآسیب شناسی روانی و آشفتگی هیجانی نظیر بیماران سر پایی روان پزشکی (۱۴)، مشکلات برون سازی و درون سازی در نوجوانان (۱۵)، علایم افسردگی (۱۶) و سازگاری روان شناختی در بیماری مزمن (۱۵) حمایت می کنند. هم چنین الگوی ضرایب همبستگی ایده پردازی خودکشی یا تفکر خود کشی با راهبرد های تنظیم شناختی هیجان از تفکیک راهبرد های مذکور به دو گروه راهبرد های سازش یافته (شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت برنامه ریزی، کم اهمیت شماری و ارزیابی مجدد مثبت) و راهبرد های سازش نا یافته (شامل خود سرزنش گری، نشخوار گری، فاجعه نمایی و دیگر سرزنش گری) حمایت می کند (۱۷). افراد اقدام کننده به خود کشی خطر بالایی جهت اقدام مجدد دارند (۱۸). رفتار خود آسیب رسان با در نظر گرفتن این واقعیت که ۶۰-۳۰ درصد مرگ های ناشی از خود کشی به دنبال اقدامات مکرر قبلی برای خود کشی به وجود می آیند، یکی از مهم ترین عوامل خطر برای مرگ است (۲۰ ،۱۹). در برخورد با افرادی که سابقه قبلی اقدام به خود کشی دارند باید توجه ویژه ای شود و آن را به عنوان یک عامل خطر در نظر گرفت، چرا که در بیماران دارای سابقه خود کشی نیاز به اقدامات ویژه و پیشرفته ای در مقایسه با سایرین می باشد. با توجه به این که اسلام مبنای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

مناسبات اجتماعی قرار گرفته، هدف این پژوهش مطالعه آثار و نتایج مذهب و معنویت در زندگی روحی- روانی و اجتماعی افراد می باشد، چرا که می توان با روشن شدن نقش مذهب و دین در تمامی ابعاد زندگی، آن را جایگزینی برای درمان دارویی مشکلات روحی و روانی دانست. هم چنین طبق بررسی های انجام شده در بانک مقالات علمی هنوز یک درمان سیستمی و یکپارچه بر روی نمونه بالینی این افراد انجام نشده است و بیشتر پژوهش هایی که تا کنون صورت گرفته اند یا تک مکتبی بوده اند یا بر روی نمونه های غیر بالینی انجام شده است. بنا بر این انجام مداخله بالینی جهت تدوین یک پروتکل درمانی جامع احساس می شود. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک و روان درمانی یکپارچه توحیدی بر افراد با خود کشی نا موفق، کاهش افکار خود کشی و فرآیند تغییر علایم می باشد.

مواد و روش ها

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی (زنان و مردان) است که در یک سال گذشته (۱۳۹۴) اقدام به خود کشی نا موفق نموده اند و لیست آن ها در اداره بهزیستی آبدانان می باشد. از این تعداد۴۰ نفر حاضر به همکاری و شرکت در جلسات گروه درمانی شدند که به صورت تصادفی به سه گروه روان درمانی یکپارچه توحیدی (۱۳ نفر)، رفتار درمانی دیالکتیک (۱۳نفر) و گروه کنترل (۱۴نفر) تقسیم شدند. شرایط ورود به آزمایش : ۱) داشتن سواد خواندن و نوشتن ۲) داشتن افکار خود کشی۳) اقدام به خود کشی نا موفق طی یک سال گذشته ۴) مصرف نکردن دارو های ضد افسردگی، اضطراب ۵) توانایی بر قراری ارتباط کلامی ۶) داشتن سن بالای ۱۸سال ۷) در طی یک سال گذشته هیچ گونه درمانی دریافت نکرده باشند. جهت دست یابی به نمونه واجد شرایط، ابتدا مصاحبه ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I و محور II توسط روان پزشک بر روی افراد اجرا شد. شرایط خروج شرکت کننده ها از پژوهش نیز شامل : ۱) عدم رضایت و انحراف از همکاری ۲) داشتن اختلال روان پریشی، سوء مصرف مواد ۳) بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت روان درمانی بودند. شرکت کنندگان توسط متخصص روان شناسی در مرکز مشاوره سلامت آبدانان تحت روان درمانی قرار گرفتند.

گروه اول : رفتار درمانی دیالکتیک

بسته درمانی بر اساس رفتار درمانی دیالکتیک بود. این بسته درمانی در قالب ۱۶ جلسه و برای یک دوره ۳ ماهه طراحی شد که در مجموع ۱۶ جلسه یک و نیم ساعته و هفته ای یک جلسه ارائه گردید(۲۱).

جدول ۱ جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

جلسه	موضوع و هدف جلسه
۱	مهارت های پرت کردن حواس از رفتارهای خود تخریبی، تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی، ترک موقعیت، خود آرامی با حس بویایی و خود آرامی با حس بینایی. خود آرامی با حس شنوایی، خود آرامی با حس چشایی، خودآرامی با حس لامسه، ایجاد طرح های آرمیدگی
۲	تنفس آگاهانه، جملات خود تصدیقی، ایجاد راهبرد های سازگاری جدید، ایجاد یک برنامه سازگاری فوری
۳	تشخیص هیجان ها، غلبه بر موانع سر راه هیجان های سالم،" آموزش هیجان های و رفتار های خود آسیب رسان
۴	کاهش آسیب پذیری بدنی، پرخوری و کم خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتار های خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب پذیری شناختی
۵	شناسایی قدرت بالا تر و وصل شدن به آن ، زندگی در زمان حال، گوش کردن به حال
۶	استفاده از افکار انطباقی خود تشویقی، پذیرش بنیادی و : استفاده از امکانات افکارکنار آمدن، متعادل ساختن افکار و احساسات
۷	قرار گیری در برابر هیجان، کار کردن خلاف میل های هیجانی، حل مشکل . فهرست فعالیت های لذتبخش، توجه به هیجانات بدون قضاوت و داوری
۸	تکنیک بی فکری، تمرکز بر یک دقیقه منفرد، تمرکز بر یک شی منفرد، نوار نور، ثبت چند دقیقه ای افکار، گسلش فکر
۹	تجربه درونی- بیرونی، توصیف هیجان ها، فهرست هیجان هاهی احساس شده رایج، تغییر تمرکز، تنفس آگاهانه
۱۰	پذیرش بنیادی، قضاوت منفی و قضاوت در مقابل زمان حال، ارتباط آگاهانه با دیگران
۱۱	جملات "من" آگاهانه، آگاهانه بودن در زندگی روزمره، مقاومت ها و موانع تمرین های ذهن آگاهی
۱۲	توجه به وسعت و آرامش، ذهن آگاهی از مکان درون و بیرون، برگشت به سمت آرامش و سکوت
۱۳	توجه و دقت قابل ملاحظه، توجه مراقبتی، رفتار غیر فعال و تهاجمی، تعریف و تعیین شیوه و الگوی خود، فن"من می خواهم، آن ها می خواهند"، بایدها، شکل گیری و ساخت مهارت، مهارت های کلیدی میان فردی و فنون تاثیر گذاری بر دیگران، جدول تعارضی
۱۴	عادت های قدیمی از نوع غیر فعال، احساسات سخت، احساسات و رفتارهای نشانه، شکست و ناکامی در زمینه تعیین نیاز ها و ترس، ارزیابی خطر، برنامه ریزی خطر، روابط سمی و زهر آلود، اسطوره ها و آگاهی در مورد آنچه می خواهید
۱۵	تعادل هیجان، ایجاد درخواست های ساده، نسخه های جرات مندی" من می اندیشم، من احساس می کنم، من می خواهم"
۱۶	غلبه بر مقاومت و تعارض" تایید متقابل، قطع موار ثبت شده"، جستجو و کنکاش دوری از واقعیت، تاخیر قطعی، گفتگو، تجزیه و تحلیل مشکلات در تعاملات و به کار گیری مهارت های شنیداری مشخص ، گفتن واژه نه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

گروه دوم درمان یکپارچه توحیدی

برای گروه دوم از بسته درمانی درمان یکپارچه توحیدی استفاده شد(۲۲). این بسته درمانی در قالب ۱۵ جلسه طراحی شده که در مجموع ۱۵ جلسه یک و نیم ساعته و هفته ای یک جلسه ارائه گردید.

جدول شماره ۲: جلسات درمانی یکپارچه توحیدی

جلسه	موضوع و هدف جلسه
۱	معارفه و آشنایی با مقررات گروه درمانی آشنایی اعضاء با هم و قوانین گروه درمانی یکپارچه توحیدی
۲	آموزش تن آرامی : توانایی انجام تن آرامی در جلسات و موقعیت های بحرانی و بررسی انگیزه تغییر در اعضا
۳	بررسی مشکلات اعضا و تعیین اولویت های درمانی: تشخیص مشکلات و توانایی اولویت بندی
۴	شناسایی علل گرایش به خودکشی و راهکارهای متعدد جهت جلوگیری از خود کشی
۵	شکستن انکار و تقویت صداقت و راستگویی و پذیرش اشتباه های خود و انتقادهای دیگران و افزایش آستانه تحمل
۶	نقش رابطه با خدا در احساس نشاط و خود شکوفایی
۷	توبه یا بازگشت به خدا و درگیر نمودن بعد معنوی در فرایند تغییر
۸	تقویت حالات معنوی و ارتقای رابطه با خدا
۹	تعمیق روح خداپرستی
۱۰	وظایف و مسئولیت های فرد در زندگی
۱۱	بررسی معنا و اهداف زندگی و گسترش شبکه حمایت اجتماعی
۱۲	اشتغال و کار آفرینی و افزایش خود کار آمدی
۱۳	مراقبه و نیایش و رشد احساس معنوی و خود مهارگری
۱۴	بخشایش گری ، آموزش بخشایش گری ،فواید و پیامدههای عفو و گذشت، فرایند بخشیدن، کاربرد های عملی عفو و گذشت
۱۵	جمع بندی و نتیجه گیری، ارزیابی نتایج گروه درمانی از سوی اعضای گروه

ابزار های جمع آوری داده ها

مقیاس ایده پردازی خود کشی بک: ایده پردازی خودکشی بک در سال ۱۹۷۹ توسط بک، برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خود کشی ساخته شد. مقیاس ایده پردازی خودکشی بک برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خود کشی گرایانه فراهم می کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ گویه است که بر روی یک مقیاس سه نقطه ای از صفر(کم ترین شدت) تا ۲(بشترین شدت) درجه بندی می شود. پایایی و روایی مقیاس اندیشه پردازی خود کشی بک در پژوهش های مختلف تایید شده است (۲۳). آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار بین آزماینده ۰/۸۳ به دست آمده است (۲۴). هم چنین روایی همزمان آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی ۰/۶۹ گزارش شده است. در ایران اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ با روش دو نیمه سازی ۰/۷۵ گزارش شده است(۲۵).

پرسشنامه تنظیم شناختی- هیجانی(CERQ)**:** پرسش نامه تنظیم شناختی- هیجانی شامل ۹ زیر مقیاس متفاوت است. زیر مقیاس های این پرسشنامه شامل مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر تفکر، باز ارزیابی مثبت، درجای خود قرار دادن، مصیبت بار تلقی کردن می باشد. پایایی کل راهبرد های سازگارو نا سازگار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱و ۰/۸۷ به دست آمده است (۲۶). این مقیاس در ایران اعتبار یابی شده است. در مطالعه ای آلفای کرونباخ ۹ زیر مقیاس نسخه ی فارسی پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است(۲۷). در پژوهش حاضر پایایی کل راهبرد های سازگار و نا سازگار بر روی نمونه ۱۰۰ نفری از افراد با خود کشی نا موفق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۱و ۰/۸۲ بدست آمد.

یافته های پژوهش

داده های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر روی یک عامل و آزمون تعقیبی شفه آزمون گردید.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

جدول شماره ۳: یافته های توصیفی مربوط به افکار خود کشی، تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار در سه گروه

		گروه								
		یکپارچه توحیدی			رفتار درمانی دیالکتیک			کنترل		
		افکار خود کشی	تنظیم شناختی هیجان سازگار	تنظیم شناختی هیجان نا سازگار	افکار خود کشی	تنظیم شناختی هیجان سازگار	تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	افکار خود کشی	تنظیم شناختی هیجان سازگار	تنظیم شناختی هیجان نا سازگار
پیش آزمون	M	۱۵/۷۰	۷/۷۰	۱۴/۸۰	۱۴/۸۰	۸/۳۰	۱۶/۵۰	۱۵/۶۰	۸/۳۱	۱۶/۰۰
	SD	۶/۷۹	۲/۰۵	۳/۱۹	۴/۴۴	۱/۵۶	۲/۶۳	۴/۴۰	۲/۲۶	۲/۵۳
پس آزمون	M	۴/۷۰	۹/۸۰	۱۱/۹۰	۹/۳۰	۱۶/۵۰	۹/۳۰	۱۴/۱۰	۹/۱۰	۱۵/۴۰
	SD	۲/۸۶	۱/۰۳	۳/۷۸	۳/۹۴	۱/۰۸	۳/۷۸	۳/۹۲	۱/۲۸	۲/۵۴
پیگیری	M	۲/۳۰	۱۰/۳۰	۱۱/۶۰	۷/۳۰	۱۶/۶۰	۱۱/۶۰	۱۳/۸۰	۹/۲۰	۱۵/۰۰
	SD	۲/۳۵	۱/۳۳	۳/۴۷	۲/۷۹	۰/۵۱	۳/۴۷	۳/۵۲	۱/۷۵	۲/۴۹

در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه متغیر ها در گروه های آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

جدول شماره ٤: آزمون مربوط به اثرات بین آزمودنی افکار خود کشی، تنظیم شناختی هیجان سازگار و نا سازگار

متغیر		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذوارت	مقدار F	Sig	ضریب اتا
مقدار ثابت	افکار خودکشی	۱۰۵۸۴/۱۷	۱	۱۰۵۸۴/۱۷	۲۶۷/۹۹	**۰/۰۰۰	۰/۹۰۸
	تنظیم شناختی هیجان سازگار	۳۳۹۹/۱۲	۱	۳۳۹۹/۱۲	۲/۰۱	**۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
گروه	تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	۱۵۰/۱۶	۲	۷۵/۰۸	۴۴/۴۵	**۰/۰۰۰	۰/۷۶۷
	افکار خودکشی	۵۹۵/۴۸	۲	۲۹۷/۷۴	۷/۵۳	**۰/۰۰۱	۰/۴۵۸
	تنظیم شناختی هیجان سازگار	۱۵۰/۱۶	۲	۷۵/۰۸	۴۴/۴۵	**۰/۰۰۰	۰/۷۶۷
	تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	۸۶/۸۶	۲	۴۳/۴۳	۲۵/۴۹	**۰/۰۰۶	۰/۵۴۳
خطا	افکار خودکشی	۱۰۶۶/۳۳	۲۷	۴۹/۳۹			
	تنظیم شناختی هیجان سازگار	۴۵/۶۰	۲۷	۱/۶۸			
	تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	۲۱۳/۲۶	۲۷	۷/۸۹			

** P ≤۰/۰۱

نتایج جدول شماره ۳نشان می دهد که میانگین نمرات افکار خود کشی گروه های مختلف پژوهش با یکدیگر تفاوت معنا دار داشته اند. ضریب اتا برابر با ۰/۴۵۸ است که بیان‌گر آن است که بیش از ۴۵ درصد از تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات گروه ها مربوط به انجام مداخلات (ارائه درمان) بوده است. بعد از این مرحله مقایسه ی زوجی اثربخشی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری انجام شد که نتایج نشان داد ارائه درمان موجب بهبود میانگین نمرات افکار خودکشی شده است، در عین حال، میانگین نمرات گروه درمان یکپارچه توحیدی به صورت معنا داری بیشتر از میانگین نمرات گروه رفتار درمانی دیالکتیک بود. هم چنین طبق یافته های جدول شماره ۳می توان گفت که میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان سازگار گروه های مختلف پژوهش با یکدیگر تفاوت معنا دار داشته‌اند . ضریب اتا برابر با ۰/۷۶۷ به دست آمد که بیان‌گر آن است که بیش از ۷۶ درصد از تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات گروه ها مربوط به انجام مداخلات بوده است. نتایج آزمون تعقیبی شفه نیز نشان داد که بین میانگین گروه درمان یکپارچه توحیدی با گروه رفتار درمانی دیالکتیک در مرحله‌ی پس آزمون تفاوت معنا دار وجود داشته و این تفاوت در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده است . در نهایت مشخص شد که میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان ناسازگار گروه های مختلف پژوهش با یکدیگر تفاوت معنا دار داشته اند و ضریب اتا برابر با ۰/۵۴۳ است که بیان‌گر آن است که بیش از ۵۴ درصد از تغییرات ایجاد شده در میانگین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

نمرات گروه‌ها مربوط به انجام مداخلات (ارائه درمان) بوده .است. همچنین آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در مراحل پس آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات گروه رفتار درمانی دیالکتیک با گروه درمان یکپارچه توحیدی و گروه کنترل تفاوت معنا دار به وجود آمده است و بین میانگین گروه درمان یکپارچه توحیدی با گروه رفتار درمانی دیالکتیک در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنا دار وجود داشته و این تفاوت در مرحله ی پیگیری نیز حفظ شده است(جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که درمان یکپارچه گرای توحیدی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل، افکار خود کشی در افراد اقدام کننده به خود کشی را بیش تر کاهش داده است. این نتایج با پژوهش های (۲۷) مبنی بر اثربخشی بودن درمان یکپارچۀ توحیدی بر مؤلفه های شخصیت و مبنی بر اثر بخش بودن روش درمان یکپارچه توحیدی نسبت به شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه خود آزاری و خود زنی زندانیان و این که شرکت در مراسمات و آیین های معنوی موجب نوعی حمایت اجتماعی و با کاهش افسردگی مرتبط است (۲۸،۲۹). البته گروه رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل کاهش افکار خود کشی معنا داری را نشان می دهد، که با پژوهش های (۳۰، ۸، ۷، ۴، ۳) همسو می باشد.اما چرا درمان یکپارچه توحیدی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیک بیشتر موجب کاهش افکار خودکشی در بین افراد با خود کشی نا موفق شده است می توان گفت که جامعیت رویکرد یکپارچه و توجه بیش تر آن به ابعاد شناختی و عاطفی اجتماعی و رفتاری و هم چنین افزودن عنصر توحید و ارزش های معنوی به سایر مولفه های درمانی و فعال سازی فضایل و رفتار های اخلاقی، در پرتو اعتقاد به خداوند متعال ، عامل مهمی است که رفتار درمانی دیالکتیک فاقدآن می باشد. مردم ایران بر حسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سازگار شدن با شرایط بحرانی بیش تر به مذهب روی می آورند و این که معنویت و مذهب در جامعه ما از جایگاهی ویژه بر خوردار است و خود را بیش تر نشان می دهد. در جامعه ما مذهب از مهم ترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود که قادر است معنای زندگی را در تمام عمر فراهم سازد و انسان را از بی معنایی نجات دهد. فکر خود کشی مقدمه ذهنی شروع خودکشی می باشد. در تعلیمات اسلامی موجودی به نام شیطان عامل تحریک انسان به سوی انجام گناه شناخته می شود، که در اصطلاح به این امر وسوسه گفته می شود: الذی یو وس وسو فی صدور ناس . با توجه به این که خودکشی از سوی قرآن و روایات گناه کبیره محسوب شده است، در نتیجه فکر خود کشی که مقدمه خود کشی است، همان وسوسه شیطانی است، زیرا دعوت به انجام گناه است. در هنگام وسوسه دستور به پناه بردن به خدا داده می شود. و بر اساس دستورات اسلامی با کمک گرفتن از یاد خدا و افکار دینی وسوسه یا فکر و ایده پردازی خود کشی کم تر شده است.

باور ها و مناسک اسلامی به دو روش تاثیر گذاری مستقیم و غیر مستقیم در کاهش اقدام به خود کشی افراد دیندار نقش ایفا می کنند : تاثیر مستقیم همان تحریم دینی عمل خود کشی است که در آیات قرآن و روایات به آن تاکید شده است، این تحریم ها حتی شامل فکر اقدام به خود کشی نیز است؛ و تاثیر غیر مستقیم از طریق عملکرد باور ها و مناسک دینی در دو حوزه فردی و اجتماعی بر شخص دین دار است. اعتقادات و مناسک اسلامی نقشی قوی، در نا مساعد کردن بستر عوامل خود کشی هم چون از طریق کاهش و پیشگیری از افسردگی، ممنوعیت مصرف الکل، ایجاد زندگی سالم جنسی و قوام بنیان خانواده دارد. یافته های به دست آمده نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار و افزایش تنظیم هیجانی سازگار نسبت به درمان یکپارچه توحیدی و گروه کنترل افراد اقدام کننده به خود کشی نا موفق موثر تر بوده است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات (۳۰، ۸، ۷، ۴، ۳) همسو و با پژوهش های (۲۹، ۲۸) نا همسو می باشد. با توجه به پروتکل رفتار درمانی دیالکتیک آموزش مهارت های بین فردی، مهارت های تحمل پریشانی (ناراحتی)، مهارت های تنظیم هیجان، و مهارت های هوشیاری فرا گیر (ذهن آگاهی) مرکزی، از جمله ی مهارت های رفتاری هستند که در این درمان وجود دارد. برای مثال، مهارت های ذهن آگاهی ،شامل موارد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

زیراست: مشاهده کردن، شرح و توصیف حالات هیجانی، دیدگاه قضاوت گرانه نداشتن، هوشیار بودن و تمرکز بر آن چه که در یک موقعیت خاص، کارا و مؤثر است برای مثال، در آموزش هوشیار بودن کامل، درمان گر، مراجع را تشویق می کند تا افکار و هیجانات را به صورت کامل تجربه کند بدون آنکه آنها را سرکوب کند، در مورد آنها قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه ای مثل شرم یا گناه را تجربه کند. تحریک پذیری هیجانی مشخصه ی عمده ای از نظر رفتار درمانی دیالکتیک در ایجاد اختلال روانی است پس آموزش مهارت های تنظیم هیجانی، نقشی اساسی در درمان این اختلال دارد. مسئله دیگر که نقش مهمی دارد، آموزش تحمل پریشانی است که بیمار را جهت پذیرش و کنارآمدن با محیط و هیجانات دردناک به صورت هم زمان آماده می کند. بنا بر این، یک عمل دیالکتیکی میان دو گروه از مهارتها صورت می گیرد. تحمل پریشانی مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجانات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر و یا کنترل هر گونه عامل می باشد. هم چنین در ذهن آگاهی، درمان جو (یا درمان جویان، در گروه درمانی) سه حالت ذهنی را آموزش می بینند: ذهن منطقی، ذهن هیجانی، و ذهن خرد گرا. ذهن منطقی(مستدل) بخش منطقی و عقلانی ذهن است که هوشمندانه می اندیشد، حقایق را می داند، برنامه ریزی می کند و مسایل را حل می کند. ذهن هیجانی، حالتی است که در آن، افکار و رفتارهای فرد توسط هیجانات وی کنترل می شوند. هنگامی که فرد در حالت ذهن هیجانی قرار دارد، منطقی یا عقلانی بودن برایش مشکل است و ممکن است ادراک واقعیت برای متناسب شدن با حالت هیجانی موجود تحریف شود. ذهن خرد گرا، به یکپارچگی ذهن منطقی (که فقط تحت تأثیر منطق است، بی آنکه از منافع و مزیت های هیجان استفاده کند) و ذهن هیجانی (که صرفا تحت تأثیر هیجان است، بی آن که از منطق سودی ببرد) اطلاق می شود. بنابراین، ذهن خرد گرا می تواند به عنوان نوعی دیالکتیک، در برگیرنده ی هیجان و استدلال تلقی می شود که تمام راههای شناخت و دانستن را در دل خود جای داده است. بطور کلی با توجه به موارد بالا درمان یکپارچه توحیدی احتمالا بیشتر یک درمان شناختی معنوی است و به عنصر هیجان در آن کم تر توجه شده است، برای مثال یکی از روش های مقابله با هیجانات تخلیه هیجانی با تکنیک صندلی داغ است که احتمالا کارایی چندانی نداشته است. اگر تعالیم الهی و معنوی ادیان به ویژه مولفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال، با فنون و یافته های رویکرد های مختلف روان درمانی ادغام گردد، کار امدی و پایداری درمان، به طور چشم گیری افزایش خواهد یافت؛ زیرا عنصر توحید، بیش از هر عامل دیگری، توان انسجام بخشی و یکپارچه سازی شخصیت را دارا می باشد. سیستم ارزشی وحدت بخشی که جهت حرکت انسان را مشخص می کند و انسان را از چند گانگی شخصیت و گم گشتگی در مسیر حیات نجات می دهد.

References

1.Palmer S. Suicide strategies and interrentions for redction and prevention. 2th ed. NewYork London Routledge Publication. 2008;P.55-6.

2. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression a new approach to preventing relapse. 4th ed. New York Guilford Publication. 2002;P,108.

3. Miller AL, Rathus JH, Linehan M. Dialectical behavior therapy with uicidal adolescents. NewYork London Guilford Publication. 2007; P.231.

4. Fleischhak Er C, Bohme R, Sixt B, Bruck C, Schnei C, Schulz E. Dialectical behavioral therapy for adolescents DBT-A a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up, child and adolescent. Psychiatr Ment Health2011; 4:3-5.

5. Verheul RL, Brink W. Sustained efficacy for borderline personality disorder. Behaviour Res Therap2005;43:1231-41.

6. Shalini C, Thapa KI. Dialectical behavior therapy for managing

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

interpersonal relations. Psychol Stud 2011; 571:46 -54.
7. Kroger C, Schweiger US, Valerija A, Ruediger K, Rudolf S, Reinecker H. Effectiveness of dialectical beha vior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behaviour Res Therap2006 ;44: 1211-7.
8. Mcquillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. Psychiatr Serv 2005;562:193.
9. Mcmain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. Acta Psychiatr Scand2013;135:138-48.
10. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL. Two year randomized trial follow up of dialectical behavior therapy vs. Arch Gen Psychiatr2006;637:757-66.
11. Dwairy MA. Counseling and psychotherapy with arabs and muslims a culturally sensitive approach 2006.1th ed. Roshd Publication.2009; P.87.
12. Lazarus AA. Multimodel therapy handbook of psychotherapy integration. 2th ed. New York Oxford Uni Publication.2005;P.248.
13. Jalaltehrani MH. Unity of therapy. Rev J2005;3:47.
14. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. Personal Ind Dif2005; 38:1317-27.
15. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Tencate R. Brief report cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. J Adol2009; 32:449-54.
16. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire a questionnaire measuring cognitive coping strategies. Leiderdorp Netherlands Publication. 2002;P.23-66.
17. Hasani J, Miraghaie AM. [The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation]. Contem Psychol2012;7: 61-72. (Persian)
18. Pollock W. Problem solving in suicide attempters. J Psychol Med2004; 341:163-7.
19. Hawton K. Assessment of suicide risk. Br J Psychiatr1987;150: 145-53.
20. Diekstra RF. Suicide and suicide attempts in the european economic community: an analysis of trends, with special emphasis upon trends among the young. Suicide Life Threat Behav 1985; 15: 27-42.
21. Dimeff A, Linehan M. Dialectical behavior therapy for substance abusers. Addict Sci Clin Pract2008; 4: 39-47.
22. Sharifinia M H. Sychotherapy integration with focused on monotheistic integrated therapy.2th ed. Hauze Daneshgah Publication.2010;p.84.
23. Danitz M. Suicide an unnecessary death. 3th ed. London UK Publication.2001;P.145.
24. Ducher JL, Dalery J. Concurrent validation of suicidal risk assessment scale with the becks suicidal ideation scale. Encephale2004;30:249-54.
26. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events cognitive emotion regulation and emotional problems. Personal Ind Dif2001; 30: 1311-27.
27. Andamikhoshk A, Golzar M, Esmaeilinasab M. [Role of nine strategies of cognitive emotion regulation in the prediction of resilience]. Thou Behavior Clin Psychol2013;7: 57-66. (Persian)
28. Abasi M, Janbozorgi M. [The relationship between religious orientations with emotional stability]. Ravanshenasi Din2010; 3:5-18.(Persian)
29. Dew RE, Daniel SS, Goldston DB, Koenig HG, Harold G. Religion, spirituality and depression in adolescent psychiatric outpatients. J Nerv Ment Dis2008; 2: 247-57.
30. Christian FC , Bohme R, Sixt B, Bruk C, Schenider C, Schuzl E. Dialectical behavioral therapy for adolescents dbt a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one year follow up. Hild Adole Psychiatr Ment Health 2011;5:3-10.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]

Comparison of the Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Monotheistic Integrated Psychotherapy on Reducing Suicidal Thoughts and Expression Change in Suicidal Persons

Jayervand H[1*]

(Received: June 14, 2017 Accepted: September 17, 2017)

Abstract

***Introduction*:** Suicide has occurred in all cultures and periods and is a catastrophe for the individual, family, and society. The purpose of this study was to compare the effectiveness of dialectical behavioral therapy and monotheistic psychotherapy among suicidal subjects.

***Materials & methods*:** The sample consisted of 40 men and women with unsuccessful suicide attempts (since 2015), a list of these individuals was prepared in collaboration with the welfare organization of the city of Abdanan and randomly they were divided into three groups: monotheistic psychotherapy (13 people), behavior Dialectic treatment (13 people), and control group (14 people). Intervention for the first group was based on the monotheistic integrated psychotherapy model and for the second group dialectical behavioral therapy model was used. Participants in the three groups were evaluated before intervention, at the end of intervention, and 3 months after the end of intervention (follow up) by Beck Suicidal Thoughts Scales and Emotional Cognitive Scale. Data were analyzed by repeated measure ANOVA and multivariate analysis of variance.

***Findings*:** The results showed that there was a significant difference between the two experimental groups, dialectic behavioral therapy, and monotonous psychotherapy in the post-interventional and follow-up stages compared to the control group. At the end of the intervention period, unified monotheistic psychotherapy was more effective than dialectical behavioral therapy and control group in suicidal ideation variables, but dialectical behavioral therapy was more effective in treating cognitive emotional regulation than monotonous treatment.

***Discussion & conclusions*:** The findings of this study support the effectiveness of psychotherapy with cultural capacities and religious teachings.

***Keywords*:** Integrated psychotherapy, Dialectic behavioral therapy, Suicide attempters

1. Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
** Corresponding author Email: Hamj6137@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.5.91]