

## مقایسه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی

محمدنبی صالحی<sup>۱\*</sup>، کیومرث بشلیده<sup>۲</sup>، نجمه حمید<sup>۳</sup>، نسرین ارشدی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۹/۰۷

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** افسردگی بزرگ‌ترین اختلال روانی قرن حاضر است، که به‌عنوان سرماخوردگی روان‌پزشکی شناخته می‌شود و مهم‌ترین عامل مستعدساز اقدام به خودکشی است. بنابراین این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند. که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، نهایتاً ۴۵ نفر به‌عنوان اعضاء نمونه انتخاب شدند و به‌صورت کاملاً تصادفی در سه گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس کنترل عواطف (ویلیامز و چمبلز)، پرسشنامه سازگاری (بل)، پکیج درمان پردازش مجدد هولوگرافیک (کاتز) و پکیج رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان) بودند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که بین کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی در گروه‌های آزمایشی (گروه پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود ( $F=132/141$ ،  $P<0/000$ ). همچنین نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک نسبت به گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی میزان سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی را بیشتر افزایش داده است ( $P<0/000$ ). ولی در میزان کنترل عواطف بین دو گروه آزمایشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $P>0/534$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** طبق نتایج این پژوهش هر دو درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل، موجب افزایش کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌شوند. همچنین درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان سازگاری اجتماعی را بیشتر افزایش داده است. درنهایت، هر دو درمان می‌توانند برای درمان اختلالات طیف افسردگی و مداخله در شرایط بحرانی نظیر اقدام به خودکشی سودمند و کارآمد باشند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، رفتاردرمانی دیالکتیکی، کنترل عواطف، سازگاری اجتماعی، افسردگی، اقدام به خودکشی

کد اخلاق: Ee/9802403057583/scu.ac.ir

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی‌ام، شماره یازدهم، ص ۹۴۰-۹۲۴، بهمن ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: ایلام، میدان دادگستری، کوچه شهید فلاحی، تلفن: ۰۹۱۲۰۲۳۳۸

Email: Mn.salehi66@yahoo.com

### مقدمه

در جهان است که به‌طور قابل‌توجهی بار جهانی بیماری را افزایش می‌دهد. این اختلال، چهارمین عامل عمده بار بیماری‌ها در جهان است که به تنهایی بزرگ‌ترین سهم بار بیماری‌های غیرکشنده را به

اختلالات روانی سالانه یک نفر از هر چهار نفر از افراد بزرگسال را مبتلا می‌کند. در این بین اختلال افسردگی<sup>۱</sup> عامل اصلی ناتوانی

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۴</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۱</sup> Depression

رفتار صحیح را از دست بدهد و به سوی رفتارهای سازش نایافته کشیده شود. چراکه عواطف و هیجانات نقش مهمی در توجه، درک، تصمیم‌گیری، رفتار و فعالیت‌های روزمره انسان‌ها و همچنین تأثیر قابل توجهی بر رفتارهای تکانشی دارند (۲۶-۲۴). درواقع، کنترل عواطف یکی از عواملی است که به منظور سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی ضروری است و اثرات گوناگونی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد و بهداشت روانی او می‌گذارد. بیماران افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌کنند علامت‌های رایج افسردگی، اضطراب و مشکلات مربوط به کنترل کردن عواطف را نشان می‌دهند (۲۹-۲۷).

یکی از متغیرهای دیگری که با وضعیت بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی مرتبط می‌باشد، سازگاری اجتماعی<sup>۴</sup> است. نتایج پژوهش‌ها ارتباط بین سازگاری اجتماعی، افسردگی و عوامل خطر ساز خودکشی را تأیید کرده است (۳۴-۳۰). انجمن روان‌پزشکان آمریکا (۱۹۹۴) سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: هماهنگ ساختن رفتار به‌منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌هاست (۳۵). به‌عبارت‌دیگر، سازگاری اجتماعی می‌تواند به‌عنوان سازگاری فرد با محیط اجتماعی یا تغییر محیط توسط فرد، متناسب با نیازها و خواسته‌های خودش، تعریف شود (۳۰)، که انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌هاست که به‌احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ، و انتظارات خانواده قرار دارد (۳۸-۳۶). فرض شده است که دشواری در سازگاری اجتماعی هم به‌عنوان یکی از شرایط پیشاینده افسردگی مطرح می‌شود، و هم به‌عنوان یکی از پیامدهای این اختلال در نظر گرفته می‌شود. شواهد پژوهشی دیگری نشان می‌دهد که سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده مختل می‌شود و حتی در این بیماران بهبود سازگاری اجتماعی به‌طور قابل توجهی کندتر از بهبود علائم افسردگی است (۳۱). در فرایند سازگاری اجتماعی افراد از طریق مهارت‌های اجتماعی علاوه بر ارتباطات متقابل و رضایت‌بخش با دیگران، می‌توانند رفتار خود را کنترل کنند و تعاملات اجتماعی را نیز تنظیم کنند (۳۷، ۳۹)، لذا توجه به این مهارت‌ها در زمینه پیشگیری از اقدام به خودکشی در افراد دارای اختلال افسردگی تأثیر قابل توجهی دارد.

بفرنج بودن مسئله افسردگی و اقدام به خودکشی و صدمات جبران‌ناپذیری که برای فرد و جامعه به همراه خواهد داشت، نشان می‌دهد که به‌کارگیری روان‌درمانی و روش‌های پیشگیرانه برای

خود اختصاص می‌دهد (۱، ۲). افسردگی عبارت است از یک دوره طولانی غم، روحیه بد و گوشه‌گیری. درواقع، افسردگی یک وضعیت بالینی است که طی آن خلق منفی به مراتب بیشتر از خلق مثبت وجود دارد (۳، ۴). هنگام افسردگی، شخص معمولاً دوراندیشی خود را از دست داده و از لحاظ عاطفی، توانایی حل مشکلات را نداشته و به دلیل محدودیت جریان فکری قادر به انتخاب راه‌حلی جز خودکشی نیست (۵). بنابراین، ارتباط نیرومندی بین افسردگی و خودکشی وجود دارد، بدین لحاظ افسردگی می‌تواند کشنده باشد. درواقع، حمایت‌های نظری متعدد، پدیده خودکشی را به‌عنوان یک همبسته و یا پیامد افسردگی در نظر می‌گیرند (۱۰-۶).

خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (WHO) در سال (۱۹۹۶) یک مسئله مهم بهداشت عمومی اعلام شد. چرا که، اقدام به خودکشی شایع‌ترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان به مراکز فوریت‌های پزشکی می‌باشد. سالانه حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌نمایند (۱۱، ۱۲، ۱۳). طبق نتایج تحقیقات میزان خودکشی در سراسر جهان و به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، ۶۰ درصد افزایش داشته است. در ایران نیز نرخ خودکشی اگر چه نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر است ولی از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتر است. همچنین در این بین استان ایلام به مراتب نرخ بالاتری نسبت به ایران و آمار جهانی دارد. میزان خودکشی منجر به مرگ در جهان ۱۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ است، در ایران ۴/۵ و البته در استان ایلام ۷/۱۹ می‌باشد، که با این نرخ خودکشی ایلام عملاً بالاترین نرخ خودکشی در جهان را دارد (۱۲، ۱۴-۱۷).

شواهد متعدد پژوهشی نشان می‌دهد که بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی متناسب با ویژگی‌های که دارند، در زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی از مشکلات عدیده‌ای رنج می‌برند. یکی از ویژگی‌های بیماران افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌کنند ناتوانی در کنترل عواطف<sup>۳</sup> و مشکل در حفظ عاطفه مثبت اشاره کرد (۱۸). نتایج پژوهش‌ها وجود رابطه بین کنترل عواطف، افسردگی و گرایش به خودکشی را تأیید کرده است (۱۹، ۲۰). منظور از کنترل عواطف توانایی تشخیص، ابراز و بیان و کنترل عواطف منفی و مثبت است. طوری که فرد بتواند در موقعیت‌های مختلف عواطف و هیجانات را تشخیص بدهد و آن‌ها را ابراز و کنترل کند (۲۳-۲۱). دشواری در کنترل عواطف باعث می‌شود تا فرد در روبرویی با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب

<sup>4</sup> social adjustment

<sup>2</sup> World Health Organization

<sup>3</sup> Affective Control

این طریق آن‌ها باورهایشان در مورد خود، دیگران و دنیا را برون‌ریزی کنند. زمانی که درمان‌جو به خلق این باورها مبادرت می‌ورزد به نظر می‌رسد که آن‌ها دقیقاً شبیه یک هولوگرام به‌وسیله این تجارب حمایت می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر تجربه، پدیده‌ای هولوگرافیک است و به این دلیل است که در این روش درمان از اصطلاح هولوگرام تجربی بحث می‌شود (۲۱، ۴۴-۴۰).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب، کنترل عواطف، علائم برانگیختگی، شناخت‌های پس آسیمی، تکانش‌گری و دیگر ویژگی‌های روان‌شناختی در بیماران افسرده، افراد اقدام‌کننده به خودکشی و خصوصاً افراد مواجه شده با تروما تأثیرگذار است (۱۲، ۲۱، ۴۰، ۴۹-۴۲).

ازجمله روان‌درمانی‌های دیگری که اثربخشی آن در درمان اختلالات خلقی، رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۶</sup> (DBT) است (۵۰). رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی<sup>۷</sup> (CBT) است، که به‌ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خود آسیمی نظیر مجروح کردن خود، افکار خودکشی، میل به خودکشی و تلاش برای خودکشی دارند (۱۳، ۱۴، ۵۰). لینهان در سال (۱۹۹۳) ابتدا سعی کرد تا از درمانگری رفتاری شناختی استاندارد برای افرادی استفاده کند، که به خود آسیب می‌زنند و به خودکشی اقدام و با هیجانات خارج از کنترل دست‌وپنجه نرم می‌کنند. هنگامی که رفتار درمانگری شناختی طبق انتظار او عمل نکرد، او و گروه پژوهشش انواع فنون دیگر را به آن افزودند تا اینکه شیوه‌هایی را به وجود آوردند که بهتر عمل کند (۱۳، ۵۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق به‌کارگیری مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و مهارت‌های بین فردی به دنبال تأثیرگذاری بر نارسایی در زمینه‌های احساس نسبت به خود (مشکلاتی هویتی)، رفتاری (آسیب‌رساندن به خود، تکانش‌گری)، هیجانی (مشکلات خلق، کنترل خشم)، شناختی (عقاید پارانویدی، پاسخ‌های تجزیه‌ای) و نارسایی بین فردی (مشکلات ارتباطی) می‌باشد (۵۲).

در سال‌های اخیر علاوه بر اختلال شخصیت مرزی در دامنه به نسبت متنوعی از سایر اختلالات ازجمله اختلال افسردگی مورد کاربرد قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌ها اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر علائم روان‌شناختی در گروه‌های مختلف و در فرهنگ‌های گوناگون تأیید کرده است. ازجمله تأثیر رفتاردرمانی

افسردگی و اقدام به خودکشی ضروری است. اما، به علت زمان‌بر بودن، طولانی و پرهزینه بودن بعضی از درمان‌های روان‌شناختی مثل روانکاو، به روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت و اختصاصی، که بتوانند وضعیت حاد و اورژانسی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی را اصلاح و تعدیل کنند، نیاز خواهیم داشت (۱، ۱۲). از آنجایی که سابقه اقدام به خودکشی احتمال خودکشی مجدد را تا ۴۰ برابر افزایش می‌دهد، لذا کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم به‌کارگیری روان‌درمانی‌هایی است که ویژگی‌ها و خصوصیات بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی از قبیل کنترل عاطفی و هیجانی، تکانش‌گری، سازگاری اجتماعی و... این بیماران را هدف قرار دهد، تا متمر ثمر واقع شوند (۱۲، ۱۳). ازجمله نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی که به مهارت‌های هیجانی توجه خاصی داشته‌اند و به‌ویژه به‌طور اختصاصی برای رویدادهای آسیب‌زا، رفتارهای خودآسیبی، کنترل عواطف، تکانش‌گری، تنظیم هیجانی و... طراحی شده‌اند، می‌توان به درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی اشاره کرد.

پردازش مجدد هولوگرافیک (HR)<sup>۵</sup> یک رویکرد التقاطی به روان‌درمانی است که توسط کاتز (۲۰۰۵) برای درمان افراد مواجه شده با آسیب یا تروما طراحی شده است. این درمان روش‌های شناختی، مواجهه درمانی، روان‌پوشی و درمان تجربی را با هم تلفیق می‌نماید و دربرگیرنده مجموعه‌ای از راهبردهای درمانی است، که ضمن تعداد جلسات کم‌تر، در پی بازسازی شناختی مجدد، سازگاری اجتماعی، تفکر امیدوارانه به آینده، جستجوی حمایت اجتماعی و فاصله گرفتن از بیماری است. درواقع این درمان بر شناخت، رفتار و هیجان فرد تأثیر می‌گذارد و با کاهش جنبه‌های آسیمی منجر به افزایش سازگاری در بیماران می‌شود (۲۱، ۴۲-۴۰). در این روش الگوی بازآفرینی تجارب با استفاده از هولوگرام به‌عنوان یک مدل توصیف می‌شود. هولوگرام یک تصویر سه‌بعدی است که معلق در هوا به نظر می‌رسد. جنبه جالب هولوگرام آن است که تصویر روی یک فیلم هولوگرافیک خاصی ایجاد می‌شود که در آن کل تصویر خارج از آن فیلم قرار داده می‌شود. این امر پدیده‌ای را خلق می‌کند که در آن کل مشتمل بر اجزایی است. به‌وسیله تبیین یک الگوی تکراری تجارب خاص، هر چرخه بازآفرینی تجربه محتوای اطلاعاتی است که با کل الگوی تجارب فرد هماهنگ می‌باشد. اگرچه آن تجارب لزوماً واقعی هستند ولی آن‌ها همچنین به‌عنوان یک پشت‌صحنه برای حادثه آسیب‌زای درمان‌جویان عمل می‌کند تا به

<sup>7</sup> Cognitive Behavioral Therapy

<sup>5</sup> Holographic reprocessing (HR)

<sup>6</sup> Dialectical Behavior Therapy

در سه گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل گمارده شدند. که هرکدام از گروه‌ها ۱۵ نفر عضو داشت. بدین منظور، لیست کلیه افراد اقدام کننده به خودکشی از شبکه بهداشت شهرستان ایلام و بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) توسط نویسنده مسئول (کارشناس طرح پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی) تهیه شد و از طریق مصاحبه غربالگری و مطابق با معیارهای ورود به پژوهش که عبارت بودند از: تشخیص یکی از اختلالات طیف افسردگی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM-V) توسط روان‌پزشک و روانشناس، سابقه اقدام به خودکشی، عدم ابتلا به اختلالات طیف روان‌پریش، عدم مصرف مواد و داروی ترک در طول دوره پژوهش و جلسات روان‌درمانی، رضایت آزمودنی‌ها و داوطلب بودن جهت شرکت در این پژوهش، سن آزمودنی‌ها ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات خواندن و نوشتن. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ابتلا آزمودنی به بیماری جسمی (از قبیل سرطان) که افسردگی قابل انتساب به عوارض آن باشد، وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک، مصرف مواد مخدر، وجود عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات طیف روان‌پریش، بودند. در نهایت، توسط روانشناس (نویسنده مسئول) و با تأیید روان‌پزشک، ۴۵ نفر از بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی جهت شرکت در این پژوهش مشخص شدند. که بعد از هماهنگی‌های اولیه، در زمان تعیین شده به اتاق آموزشی مرکز جامع خدمات شهری (درمانگاه شماره ۶)، پایین‌تر از بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) مراجعه کردند. که بعد توضیح کلی اهداف پژوهش و ضمن تأکید 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 آزمودنی‌ها قرار داده شد که با رضایت شخصی آن را تکمیل و امضاء نمودند. سپس اعضاء نمونه به صورت تصادفی در سه گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل قرار داده شدند و از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد، در مرحله بعد، برای گروه‌های آزمایشی برنامه‌های آموزشی و درمانی مرتبط، به صورت گروهی اجرا گردید. در حالی که گروه کنترل در طی دوره پژوهش هیچ آموزشی دریافت نکردند. جهت پیشگیری از افت آزمودنی‌ها، ضمن توضیح نقش و کمک آزمودنی‌ها به پژوهش‌های علمی، اشاره به فواید شرکت در این پژوهش و همچنین تهیه سرویس ایاب و ذهاب، برنامه‌های آموزشی و درمانی نیز مطابق با دستورالعمل به صورت منظم و فشرده برگزار گردید. پس از اتمام جلسات آموزشی از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و داده‌ها وارد

دیالکتیک بر کاهش علائم بیماران افسرده، افراد اقدام کننده به خودکشی، اختلال دوقطبی و همچنین خشم، تکانش‌گری، تنظیم هیجانی و ادراک اجتماعی بیماران دیابتی، قلبی و... تأیید شده است (۱۳، ۱۴، ۵۹-۵۳).

همان‌طور که اشاره شد، با توجه به شیوع بالای اختلالات افسردگی و بار قابل توجهی که این بیماری به فرد، نظام سلامت و جامعه تحمیل می‌کند، و همچنین لزوم توجه به پیامد آن یعنی اقدام به خودکشی، انجام مطالعات گسترده برای اتخاذ روش‌های مناسب درمان و مدیریت اختلالات این طیف ضروری است (۲). از طرفی دیگر، در زمینه درمان اختلالات افسردگی و پیشگیری از اقدام به خودکشی، به‌رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن اختلال افسردگی و اقدام مجدد خودکشی مواجه هستیم نکته‌ای که به نابسندگی بودن مداخلات درمانی موجود و نیاز به معرفی درمان‌های جدید، با اثربخشی و دوام بیشتر اشاره دارد تا چالش‌های پیش روی درمان‌های افسردگی را با توجه به اقدام به خودکشی، هزینه‌های انسانی و اجتماعی آن، هدف قرار دهند (۱۲، ۵۷، ۵۹).

بنابراین، با توجه به میزان بروز و شیوع اختلالات افسردگی و اقدام به خودکشی و سیر صعودی آن در ایران و خصوصاً در شهر ایلام، توجه به ابعاد روان‌شناختی و پیامدهایی که در پی دارد و همچنین استفاده از روان‌درمانی‌های کارآمد و اثربخش و معرفی آن‌ها، برای درمان افسردگی و پیشگیری از اقدام به خودکشی منطقی و ضروری می‌باشد. نکته دیگر اینکه، نتایج این پژوهش می‌تواند به لحاظ کاربردی، در زمینه درمان بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، برای روانشناسان و مشاوران فن‌ها و پکیج درمانی که اثربخش و مفید است را معرفی کند و در مراکز مشاوره و روان‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد، لذا این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ انجام می‌گیرد.

## مواد و روش کار

تحقیق حاضر کارآزمایی بالینی با روش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون 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 نمونه‌گیری تصادفی ساده و از طریق مصاحبه غربالگری و مطابق با معیارهای ورود به پژوهش، نهایتاً ۴۵ نفر به‌عنوان اعضاء نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی

کنترل عواطف (ECS) از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی کل این پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ بود.

**پرسشنامه سازگاری بل (BAI):** پرسشنامه سازگاری بل<sup>۱۰</sup> در سال ۱۹۶۱ توسط بل تدوین شد. دربرگیرنده ۱۶۰ سؤال است که دارای پنج خرده مقیاس (بعد سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری خانه، سازگاری سلامت جسمانی) است که برای هرکدام از این خرده مقیاسها ۳۲ سؤال وجود دارد. در این پژوهش از خرده مقیاس سازگاری اجتماعی استفاده می‌شود. آزمودنی به صورت بلی و خیر به سؤالها پاسخ می‌دهد. در این آزمون تنها پاسخ بلی یا خیر امتیاز دریافت می‌کند. برای هر سؤال اگر گزینه صحیح (بعضی سؤالها گزینه بلی، بعضی سؤالها گزینه خیر) پاسخ داده شود نمره یک و اگر غلط پاسخ داده شود نمره صفر در نظر گرفته می‌شود. درواقع، نمره‌گذاری هر سؤال طبق جدول هنجار شده انجام می‌گیرد. به این ترتیب دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۰ تا ۳۲ است. هر چه افراد نمره کمتری در آزمون سازگاری بل کسب کنند سازگاری بیشتری دارند و همچنین کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سازگاری کم‌تر است (۳۷، ۶۱، ۶۲، ۶۳).

**روایی و پایایی:** در پژوهش بل روایی کل این مقیاس ۰/۹۴، و همچنین ضریب پایایی آن در حیطه سازگاری اجتماعی ۰/۸۸، سازگاری شغلی ۰/۸۵، سازگاری عاطفی ۰/۹۱، سازگاری خانوادگی ۰/۹۱، سازگاری سلامت جسمانی ۰/۸۲ برآورد شده است (۳۷، ۶۱). این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد می‌باشد که در ایران هم، روایی و پایایی آن در پژوهش‌های مختلفی تأیید گردیده است (۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴). در پژوهش بهرامی (۱۳۷۱) بعد از ترجمه و ویرایش این مقیاس، بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۹ به دست آمد (۶۱، ۶۲). در این پژوهش برای بررسی میزان پایایی پرسشنامه سازگاری بل (BAI) از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی کل این پرسشنامه برابر با ۰/۹۴ بود.

**درمان پردازش مجدد هولوگرافیک:** مراحل این درمان طبق راهنمای درمان پردازش مجدد هولوگرافیک است که توسط کاتز در سال (۲۰۰۵) ارائه شده است (۴۰)، این شیوه درمانی در ۳ مرحله انجام می‌گیرد و هر مرحله نیز از ۲ گام تشکیل می‌شود. در مجموع درمان در ۶ گام پایایی انجام می‌گیرد. مجموع جلسات درمانی ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای می‌باشد، به هر مرحله درمان سه جلسه اختصاص داده می‌شود (۲۱، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸).

نرم‌افزار SPSS-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 روان‌درمانی و پیگیری تلفنی البته به صورت فردی و مطابق با دستورالعمل طرح پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی، را دریافت کردند.

## ابزار پژوهش

**مقیاس کنترل عواطف (ECS):** مقیاس کنترل عواطف<sup>۸</sup> توسط ویلیامز و چمبلز<sup>۹</sup> (۱۹۹۷) برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود ساخته شده است (۶۰). این مقیاس ۴۲ سؤالی می‌باشد که دارای یک نمره کل و ۴ نمره در زیر مقیاس‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب و کنترل عواطف مثبت است. پاسخها در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای تنظیم شده است. به این شکل که به گزینه به شدت مخالف نمره ۱، خیلی مخالف نمره ۲، مخالف نمره ۳، نه موافق و نه مخالف نمره ۴، موافق نمره ۵، خیلی موافق نمره ۶، به شدت موافق نمره ۷، داده می‌شود. حداقل نمره به دست آمده از این پرسشنامه برابر با ۴۲ و حداکثر نمره به دست آمده برابر با ۲۹۴ می‌باشد. نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کنترل عواطف بیشتر می‌باشد (۲۱، ۲۹).

**روایی و پایایی:** روایی درونی و بازآزمایی آزمون برای کل مقیاس (۰/۹۴، ۰/۷۸) و برای زیر مقیاس خشم (۰/۷۲، ۰/۷۳)، خلق افسرده (۰/۹۱، ۰/۷۶)، اضطراب (۰/۸۹، ۰/۷۷) و عاطفه مثبت (۰/۸۴، ۰/۶۴) همچنین روایی افتراقی و همگرایی آن نیز برای نمونه-ای از دانشجویان دوره لیسانس به دست آمده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس، بعد از دو هفته در کل مقیاس، ۰/۷۸ و در خرده مقیاسها در دامنه‌ای از ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۱، ۶۰). در پژوهشی که به منظور برآورد روایی، پایایی و هنجاریایی مقدماتی آزمون کنترل عواطف در شهر کرمانشاه انجام شد، همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در بین دانش‌آموزان (۰/۷۸۲)، دانشجویان (۰/۸۱۸)، معلمان (۰/۸۸۹)، اساتید (۰/۹۳۵) و پرستاران (۰/۹۰۹) گزارش گردید (۲۹). همچنین دیگر نتایج پژوهش نشان داد که سؤالات آزمون با یکدیگر از همبستگی مناسبی برخوردار می‌باشند. در نهایت گزارش گردید که روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نسبتاً بالا و دارای میزان قابل قبولی می‌باشد و این آزمون برای سنجش کنترل عواطف مناسب است (۲۹). در پژوهش حاضر برای بررسی میزان پایایی مقیاس

<sup>10</sup> Bell Adjustment Inventory

<sup>8</sup> Effective Control Scale

<sup>9</sup> Williams & Cambless

## جدول (۱): محتوای جلسات درمان پردازش مجدد هولوگرافیک

مراحل (جلسات)	گام	محتوای جلسات
مرحله اول: ایمنی (جلسات اول، دوم، سوم)	گام یک: برقراری اتحاد درمان بخش	همانند سایر انواع روان‌درمانی، پردازش مجدد هولوگرافیک نیز با برقراری یک رابطه امن، قابل اعتماد بین درمانگر و درمان‌جو آغاز می‌شود.
مرحله دوم: اکتشاف (جلسات چهارم، پنجم، ششم)	گام سه: پرداختن به اکتشاف تجربی	در این قسمت مهارت‌های مقابله‌ای به درمان‌جو آموزش داده می‌شود. برخی از این تکنیک‌ها نظیر آرامش آموزی، روش‌های ثابت شده‌ای می‌باشند. درحالی‌که برخی دیگر تکنیک‌های اطلاع احساسات هستند، نظیر دستگاه پس‌خوراند شخصی، ساندویچ آرامش آموزی، ۵ روش بیان احساسات، دستگاه کاهش‌دهنده، توسط کاتز (۲۰۰۵) مطرح شده‌اند.
مرحله سوم: شناسایی هولوگرام تجربی (جلسات چهارم، پنجم، ششم)	گام چهار: کشیدن هولوگرام تجربی	در این مرحله درمان‌جویان به اکتشاف تجربی می‌پردازند، جائیکه احساسات، تداعی‌ها، خاطرات و تصاویر به موضوعات جاری درمان‌جو ارتباط پیدا می‌کنند. اطلاعات موجود در سیستم تجربی می‌توانند از طریق تمرکز بر نشانه‌های درونی نظیر احساسات، حواس بدنی و با پرسیدن مجموعه‌ای سوالات معطوف به احساسات از جمله "آن مسئله چه احساسی را در شما ایجاد کرد؟ یا چه واژه‌ای احساسات شما را توصیف می‌کند؟" به دست آیند.
مرحله سوم: پردازش مجدد هولوگرام تجربی (جلسات هفتم، هشتم، نهم)	گام پنج: پردازش مجدد هولوگرام تجربی	شناسایی هولوگرام تجربی درمان‌جو کار ساده‌ای نیست، بنابراین در این قسمت از تصویر ساده‌تری روی بخاری برای سازمان‌دهی و تبیین مؤلفه‌های هولوگرام تجربی استفاده می‌گردد. هر مؤلفه با یک جنبه تصویر هم‌تا می‌شود. برای مثال انگیزش کسب‌شده با تراوش آب روی بخاری هم‌تا می‌شود، خشونت هسته‌ای با مشعل داغ هم‌تا می‌شود. به نظر می‌رسد که درمان‌جویان با استفاده از این تصویر به سرعت قادر خواهند بود مؤلفه‌های هولوگرام تجربی خود را درک کنند.
مرحله سوم: پردازش مجدد هولوگرام تجربی (جلسات هفتم، هشتم، نهم)	گام شش: برقراری الگوهای جدید	پردازش مجدد روشی است برای تغییر و بازسازی ادراک درمان‌جو از یک حادثه گذشته که به‌طور 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 می‌کند تا در الگویی از روابط و حوادث گیر کنند که جایگزین جنبه‌ای از ترومای اولیه گردیده است. منبع هولوگرام تجربی یک ادراک منفی و محدودکننده درباره خود، یک تعارض حل‌نشده و یک رابطه بیان‌نشده یا یک عاطفه محدودی نظیر گناه و خودسرزنی است.
		این دوره بحث درباره تأثیر پردازش مجدد و کاربردهای آن برای درمان‌جویان در آینده را در بر می‌گیرد که شامل ایجاد اهداف جدید برای زندگی، و رشد یک خودانگاره مثبتی می‌باشد.

هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، اجرا می‌گردد. همچنین، هر جلسه دربرگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین تمرینات خارج از جلسه می‌باشد (۶۵، ۶۶، ۶۷).

**رفتاردرمانی دیالکتیکی:** راهنمای اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی توسط مارشال لینهان (۱۹۹۳) ارائه شده است. که در آن چهار مؤلفه یا مهارت اصلی آموزش داده می‌شود. در مجموع جهت آموزش هر دسته از این مهارت‌ها دو جلسه زمان اختصاص داده می‌شود. این پروتکل درمانی طی هشت جلسه گروهی، هر

**جدول (۲): محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی**

مؤلفه / جلسات	مهارت	محتوای جلسات (نمونه‌ای تمرین‌ها)
هوشیاری فراگیر بنیادین (جلسات اول و دوم)	مهارت‌های چیستی (مشاهده، توصیف و شرکت کردن)	تمرین تنفس آگاهانه، تمرکز به مدت یک دقیقه، تمرکز بر یک شیء، دست‌یابی به تمرکز کامل در لحظه اکنون (زمان حال)، تمرین مراقبه ذهن خردمند، آموزش و تمرین تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند.
تحمل پریشانی (جلسات سوم و چهارم)	مهارت‌های چگونگی (غیر قضاوتی، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن)	تمرین قضاوت‌های منفی و فرم ثبت قضاوت‌های منفی، آشنایی با قضاوت‌ها و برجسب‌ها، آموزش برنامه روزانه ذهن آگاهی، ارتقاء مهارت‌های ذهن آگاهی با استفاده از مهربانی و شفقت، تمرین فعالیت مراقبه برای رسیدن به آرامش و سکوت.
تنظیم هیجانی (جلسات پنجم و ششم)	مهارت‌های گذر از بحران (منحرف کردن افکار، آرام‌سازی، بهسازی لحظات، سود و زیان)	تمرین توجه برگردانی از طریق شمارش، توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب‌رسان، خود آرامش بخشی با استفاده از حواس پنج‌گانه، تصویرسازی از مکان امن (تجسم محل امن)، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن‌ها در برنامه هفتگی
ارتباط بین فردی (جلسات هفتم و هشتم)	مهارت‌های پذیرش واقعیت (پذیرش محض، برگرداندن ذهن، رضایت‌مندی)	شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق‌گرایانه و خود تصدیقی، فهرست افکار مقابله‌ای، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری (خودگویی‌های تاییدگرایانه، ورزش، بهداشت خواب)، افزایش هیجان‌های مثبت، نظارت بر خود بدون قضاوت.
	مهارت‌های یادگیری شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، شناسایی موانع تغییر هیجان‌ها، کاهش میزان آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ها، افزایش رخدادهای هیجانی مثبت.	آموزش شناسایی و آشنایی با هیجان‌ها، پر کردن برگه تمرین شناسایی هیجان‌ها، آموزش موانع هیجان‌های سالم از طریق مدل افکار-هیجان-رفتار، آشنایی با هیجان‌های که منجر به انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان می‌شوند، تعادل بین افکار و هیجان‌ها با استفاده از پر کردن فرم
	مهارت‌های افزایش هوشیاری نسبت به هیجان‌ها، عمل کردن به صورت مخالف با هیجان، به‌کارگیری مهارت‌ها و تکنیک‌های تحمل پریشانی	تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌ها بدون قضاوت درباره هیجان‌ها، رویارویی با هیجان‌ها، تمرین ثبت هیجان و کامل کردن فرم ثبت هیجان، آموزش عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی، کامل کردن برگه تمرین برنامه‌ریزی عمل متضاد، استفاده از برگه ثبت تنظیم‌گر هفتگی برای کاهش آسیب‌پذیری
	مهارت‌هایی برای درخواست کردن نیازها، مهارت نه گفتن قاطعانه	آشنایی با مهارت طرح یک درخواست ساده، تمرین طرح یک درخواست ساده، تمرین تناسب بین خواسته‌های من و دیگران، تمرین تعدیل شدت خواسته‌ها، تمرین مهارت نه گفتن، آموزش چگونگی مذاکره، مهارت‌های جراتمندی، آموزش خودشناسی، آموزش ارزش قائل شدن برای خود و نوشتن حقوق خود، تمرین شناسایی سبک ارتباطی، آموزش مهارت‌آموزی روابط بین فردی، شناسایی موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، شناسایی راهبردهای منفعلانه روابط (کمرویی)، شناسایی مشکلات بین فردی

**یافته‌ها**

تعداد ۴۵ نفر از بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام با دامنه سنی ۱۹ 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 تأهل ۱۸ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۲۷ نفر (۶۰ درصد) متأهل 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.

تعداد ۴۵ نفر از بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام با دامنه سنی ۱۹ تا ۳۸ سال و میانگین سنی ۲۶/۷۱ سال و انحراف معیار ۵/۳۵ در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد ۲۹

**جدول (۳): میانگین و انحراف معیار کنترل عواطف و مؤلفه‌های آن و سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و گروه‌های آزمایشی**

گروه متغیر	کنترل		هولوگرافیک		رفتاردرمانی دیالکتیکی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خشام	پیش‌آزمون	۴۰/۸۶	۳/۶۰	۴۱/۱۳	۲/۵۰	۴۱/۰۶
	پس‌آزمون	۴۱/۶۰	۳/۸۵	۲۴/۴۰	۳/۱۸	۲۵/۲۶
خلق افسرده	پیش‌آزمون	۴۶/۰۶	۴/۶۶	۴۶/۵۳	۳/۹۶	۴۵/۸۶
	پس‌آزمون	۴۷/۴۶	۴/۱۷	۲۵/۰۶	۳/۸۶	۲۶/۵۳
اضطراب	پیش‌آزمون	۶۸/۴۰	۶/۵۲	۶۸/۹۳	۶/۱۴	۶۸/۰۰
	پس‌آزمون	۶۹/۶۶	۵/۹۸	۳۳/۲۰	۴/۶۳	۳۴/۲۰
عواطف مثبت	پیش‌آزمون	۶۶/۶۰	۶/۶۵	۶۶/۳۳	۶/۸۵	۶۷/۶۰
	پس‌آزمون	۶۷/۴۰	۶/۸۰	۳۲/۴۰	۴/۷۰	۳۳/۴۰
کنترل عواطف	پیش‌آزمون	۲۲۱/۹۳	۱۹/۹۶	۲۲۲/۹۳	۱۸/۱۹	۲۲۲/۵۳
	پس‌آزمون	۲۲۶/۱۳	۱۹/۲۰	۱۱۵/۰۶	۱۲/۶۶	۱۱۹/۴۰
خلق افسرده	پیش‌آزمون	۴۶/۰۶	۴/۶۶	۴۶/۵۳	۳/۹۶	۴۵/۸۶
	پس‌آزمون	۴۷/۴۶	۴/۱۷	۲۵/۰۶	۳/۸۶	۲۶/۵۳
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۲/۶۰	۲/۰۹	۲۲/۵۳	۱/۵۹	۲۲/۴۶
	پس‌آزمون	۲۲/۹۳	۲/۳۱	۱۰/۷۳	۱/۳۸	۱۳/۱۳

در مقیاس کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی به معنی کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیشتر می‌باشد.

برای بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، و مفروضه توزیع نرمال متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که سطح معنی‌داری به دست آمده برای کنترل عواطف ( $P > ۰/۵۳۴$ ) و سازگاری اجتماعی ( $P > ۰/۱۱۴$ ) بوده است، که بزرگ‌تر از ( $P > ۰/۰۵$ ) هستند، بنابراین معنی‌دار نمی‌باشند و توزیع متغیرها نرمال است. برای مفروضه همگنی واریانس‌ها نتایج آزمون لوین برای کنترل عواطف ( $۰/۸۶۰$ ) و سازگاری اجتماعی ( $۰/۳۰۹$ ) بوده است، که در سطح ( $P < ۰/۰۵$ ) معنی‌دار نمی‌باشند، بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. در نهایت، به منظور بررسی همگنی شیب‌های رگرسیونی، مقدار F مربوط به تعامل گروه با پیش‌آزمون برای متغیر کنترل عواطف ( $۳/۲۴۷$ ) و سازگاری اجتماعی ( $۲/۰۵۱$ ) می‌باشد، که در سطح ( $P < ۰/۰۵$ ) معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین شیب‌های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش همگن می‌باشند و در نتیجه مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شده است.

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار متغیر کنترل عواطف و مؤلفه‌های آن (خشام، خلق افسرده، اضطراب و عواطف مثبت) و سازگاری اجتماعی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه کنترل و گروه‌های آزمایشی (گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی) را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار کنترل عواطف در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب برابر با ( $۱۹/۹۶$ ،  $۲۲۱/۹۳$ ) و ( $۱۹/۲۰$ ،  $۲۲۶/۱۳$ ) می‌باشد. در گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برابر با ( $۱۸/۱۹$ ،  $۲۲۲/۹۳$ ) و ( $۱۲/۶۶$ ،  $۱۱۵/۰۶$ ) می‌باشد. و در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی برابر با ( $۲۵/۰۳$ ،  $۲۲۲/۵۳$ ) و ( $۱۳/۵۸$ ،  $۱۱۹/۴۰$ ) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب برابر با ( $۲/۰۹$ ،  $۲۲/۶۰$ ) و ( $۲/۳۱$ ،  $۲۲/۹۳$ ) می‌باشد. در گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برابر با ( $۱/۵۹$ ،  $۲۲/۵۳$ ) و ( $۱/۴۰$ ،  $۱۰/۷۳$ ) می‌باشد. و در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی برابر با ( $۱/۸۴$ ،  $۲۲/۴۶$ ) و ( $۱/۸۷$ ،  $۱۳/۱۳$ ) می‌باشد. لازم به ذکر است نمرات کم‌تر



**جدول (۴):** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای تأثیرات عضویت گروهی

شاخص آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجدور انا	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
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۷۲/۴۰۲	۶۵۱/۶۲۲	۴/۰۰۰	۳۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶	۱/۰۰

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل از نظر متغیرهای وابسته (کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد F کلی مربوط به آزمون لمبدای ویلکز با ارزش

(۰/۰۰۴) معنی‌دار می‌باشد ( $F= ۱۳۲/۱۴۱$ ,  $P<۰/۰۰۰$ ). بنابراین بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. همچنین توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

**جدول (۵):** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات پس‌آزمون متغیرها با کنترل نمرات پیش‌آزمون

شاخص متغیر	مجموع مجدورات	DF	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کنترل عواطف	۱۱۶۵۵۴/۳۹	۲	۵۸۲۷۷/۱۹	۵۸۷/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹
سازگاری اجتماعی	۱۲۳۰/۴۳	۲	۶۱۵/۲۱	۹۷۵/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۱

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات پس‌آزمون متغیرها با کنترل نمرات پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول ارائه شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین متغیرهای کنترل عواطف (۵۸۷/۴۹) و سازگاری اجتماعی ( $F= ۹۷۵/۳۱$ ,  $P<۰/۰۰۰$ ) در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه‌های آزمایشی (گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی

دیالکتیکی) و کنترل تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود. بنابراین، 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 (۶):** نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه بر اساس تفاضل و سطح معناداری

متغیر	گروه	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
کنترل عواطف	کنترل	۱۱۱/۰۴۱x	۳/۶۵۲	۰/۰۰۰
	دیالکتیکی	۱۰۶/۰۳۴x	۳/۶۶۲	۰/۰۰۰
	هولوگرافیک	-۵/۰۰۷	۳/۶۵۰	۰/۵۳۴
سازگاری اجتماعی	کنترل	۱۲/۱۷۶x	۰/۲۹۱	۰/۰۰۰
	دیالکتیکی	۹/۷۲۴x	۰/۲۹۲	۰/۰۰۰
	هولوگرافیک	-۲/۴۵۲x	۰/۲۹۱	۰/۰۰۰

برای این افراد متمرکز به ثمر باشد، هم از عواقب و پیامدهای بعدی اقدام به خودکشی و افسردگی پیشگیری شود و هم روان‌درمانی‌های اختصاصی و اثربخش را جهت درمان بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی معرفی کند (۱۲). لذا در این پژوهش ضمن بررسی اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، اثربخشی این دو روش روان‌درمانی بر متغیرهای موردنظر نیز مقایسه شد.

تحلیل یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل موجب افزایش کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شده‌اند. همچنین گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک نسبت به گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی میزان سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی را بیشتر افزایش داده است. ولی در متغیر کنترل عواطف بین این دو گروه درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. هرچند مطالعه‌ای که اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی را مورد مقایسه قرار داده باشد، یافت نشد، با این وجود یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات (۱۲، ۱۳، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۶، ۴۹، ۵۰، ۵۳، ۶۵، ۶۶، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵) در زمینه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک یا رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اقدام به خودکشی و همچنین متغیرهای روان‌شناختی گوناگونی، همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افزایش کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌توان گفت که این درمان به درمان‌جویان کمک می‌کند تا از طریق مهارت ذهن آگاهی رویداد آسیب‌زای جنگ، 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، خودسرنزنی و... مراجع شده و کنترل عواطف را برای فرد به ارمغان آورد. در واقع، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با تأثیرگذاری بر ادراکات و گرایش‌های عاطفی، هیجانی، شناختی و رفتاری در مراجعان، باعث می‌شود علاوه بر کنترل عواطف، خودپذیری و خودبخشی را تسهیل نمایند و به اصلاح باورها و تغییر آن‌ها پرداخته شود، بنابراین مراجعان جهان‌بینی خود را تقویت می‌کنند، که در نهایت به رشد خودآنگاره جدید در درمان‌جو می‌انجامد و سازگاری اجتماعی را افزایش می‌یابد (۲۱، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۵).

جدول (۶) نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه بر اساس تفاضل و سطح معناداری را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد بین کنترل عواطف بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه کنترل با گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک ( $P < 0/000$ ) و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی ( $P < 0/000$ ) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود، ولی در گروه پردازش مجدد هولوگرافیک با گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $P > 0/534$ ). به عبارت دیگر، گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل موجب افزایش کنترل عواطف در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شده‌اند، ولی بین دو گروه در مان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به لحاظ تفاوت در تأثیرگذاری بر کنترل عواطف بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

همچنین، بین سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه کنترل با گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک ( $P < 0/000$ ) و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی ( $P < 0/000$ ) و همچنین بین سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $P > 0/000$ ). به عبارت دیگر، گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل موجب افزایش سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شده‌اند، همچنین گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک نسبت به گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی میزان سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی را بیشتر افزایش داده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

مسئله افسردگی و اقدام به خودکشی موضوع با اهمیتی در بررسی سلامت مردم ایران و خصوصاً مردم ایلام است. با توجه به مطالعات گوناگونی که در زمینه افسردگی، اقدام به خودکشی و ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی به عمل آمده است و همچنین با توجه به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای در زمینه معرفی درمان‌های جدید، یکپارچه و متمرکز روی اقدام به خودکشی و اختلالات مستعدساز آن، به نظر می‌رسد معرفی درمان‌های نوین یا تدوین و کاربرد درمان‌های اثربخش، می‌تواند علاوه بر تکمیل کردن حلقه دیگری از پژوهش‌های علمی در این زمینه و پر کردن خلأ پژوهش‌های علمی در این حیطه، هم

دیالکتیکی و تکنیک‌ها و مهارت‌های که در آن به کار برده می‌شود می‌تواند منجر به افزایش کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شود.

در نهایت، یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی میزان سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی را بیشتر افزایش می‌دهد. که در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با هدف قرار دادن جنبه‌های پس آسیمی و کاهش آن‌ها، منجر به افزایش سازگاری بیشتر بعد از طی شدن مراحل درمانی می‌شود. به بیان دقیق‌تر، در این درمان به دلیل استفاده از فن‌های متعدد مؤثر بر شناخت، رفتار و هیجان و همچنین استفاده از هولوگرام تجربی برای بازآفرینی تجربه صحنه مواجهه با بیماری، که باعث می‌شود فرد با رویداد مواجه شده و برای آن توضیحات منطقی‌تری پیدا کند و در نتیجه در مراحل بعدی نسبت به بیماری سازگاری روانی-اجتماعی بیشتری نشان دهد. در واقع، این روش تلاش می‌کند تا نوع ادراک فرد را تغییر دهد و خودانگاره شخصی، عملکرد اجتماعی و سازگاری اجتماعی مراجع را بهبود بخشد (۴۲، ۴۹). همچنین در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی احساس تنهایی و طردشدگی از جانب دیگران دارند. آن‌ها می‌پندارند که وجه اشتراک بسیار کمی با دیگران دارند. به همین دلیل، تمایل زیادی به بیان کردن احساسات یا برقراری روابط اجتماعی ندارند و در اندک روابط خود نیز از دیگران فاصله روانی می‌گیرند. این امر در طول زمان فرصت کمی را برای رشد توانایی تنظیم هیجان و تنظیم رفتار فرد در پاسخ به تغییرات محیط اجتماعی در اختیار وی قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، مانع از سازگاری اجتماعی وی می‌شود. حال آنکه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک از طریق تکنیک‌های از قبیل بررسی انتقال و انتقال متقابل، اکتشاف احساسات، اسکن هیجانی، ایجاد شبکه اجتماعی امن، برقراری الگوهای جدید ارتباطی به رشد یک خودانگاره جدید در درمان‌جویان کمک می‌کند، که در نهایت منجر به سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌شود (۱۲، ۷۶).

به‌طور خلاصه، با توجه به نتایج این پژوهش هر دو درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی اثرگذار بوده‌اند، لذا این نوع درمان‌ها می‌توانند برای درمان اختلالات طیف افسردگی و مداخله در شرایط آسیب‌زا و بحرانی نظیر اقدام به خودکشی سودمند و کارآمد باشند. در نتیجه مطابق با نتایج این پژوهش و به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و روان‌درمانی از این نوع درمان‌ها برای درمان اختلالات افسردگی و

به عبارت دیگر، در طی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، رویدادها و خاطرات آسیب‌زا از قبیل اقدام به خودکشی، تجاوز، جنگ و... مورد هدف قرار می‌گیرند. با روی آوردن به صحنه تروماتیک و سناریوسازی مجدد صحنه می‌توان باعث تخلیه و آزادسازی انسداد هیجانی خاطرات تروماتیک شد که در نتیجه آن مراجع با استفاده از فن ایجاد فاصله هیجانی می‌تواند بین خود قبلی و خود فعلی فاصله اندازه، و سازگاری بیشتری به وجود آید. در واقع، هدف پردازش مجدد آزادسازی هیجان‌ات و عواطف (خشم، خلق افسرده، اضطراب) می‌باشد. پردازش مجدد به درمان‌جویان کمک می‌کند تا به شیوه‌ای جدید آن حادثه را درک کرده و خودپذیری و خودبخشی را تسهیل نمایند. که این حالت در نهایت منجر به افزایش سازگاری اجتماعی نیز می‌شود (۲۱). با توجه به رویداد استرس‌زای اقدام به خودکشی و تاریخچه زندگی و تجارب بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، منطقی و تبیین پذیر می‌باشد.

اما در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق به‌کارگیری مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و مهارت‌های بین فردی به دنبال تأثیرگذاری بر نارسایی در زمینه‌های شناختی (عقاید پارانویدی، پاسخ‌های تجزیه‌ای)، رفتاری (آسیب‌رساندن به خود)، هیجانی (مشکلات خلق، عاطفی، کنترل خشم)، احساس نسبت به خود (مشکلاتی هویتی)، و نارسایی بین فردی (مشکلات ارتباطی و سازگاری اجتماعی) می‌باشد (۵۰، ۵۳). در واقع، تکنیک‌ها و مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت ویژه برای کاهش رفتارهای خودکشی، کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت مرزی کاربرد دارد (۱۳، ۷۳، ۷۴، ۷۵).

بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی و تکنیک‌ها و مهارت‌های که در آن به کار برده می‌شود با افزایش نظم دهی هیجانی، و آگاهی هیجانی می‌تواند موجب افزایش کنترل عواطف در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شود. از طرفی روابط اجتماعی و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی دچار آسیب شده است، که در رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های بین فردی مؤثر می‌توان ارتباطات زندگی این افراد را بهبود بخشید که در نهایت سازگاری اجتماعی را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. به بیان دقیق‌تر، آموزش مهارت حل مسئله در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران در جهت حل تعارض و تصمیم‌گیری کمک می‌کند و باعث می‌شود کارآمدی فردی و کنترل خود را افزایش دهند، که در نهایت منجر به سازگاری اجتماعی می‌شود (۵۷، ۵۸). لذا این‌گونه، رفتاردرمانی

درمانی هنوز در ابتدای راه خود قرار دارد و برای گسترش مبانی نظری و عملی آن، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در جوامع آماری متنوع‌تر و بر روی متغیرهای روان‌شناختی دیگری، نیز بررسی شود.

### تشکر و قدردانی

از تمامی اساتید عزیز، مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و شبکه بهداشت ایلام، خصوصاً مسئولین بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) و همکاران درمانگاه جامع سلامت شهری شماره ۶ شهر ایلام، و همچنین مراجعین شرکت‌کننده در این پژوهش، نهایت تقدیر و تشکر را دارم.

مداخله در شرایط حاد اقدام به خودکشی استفاده شود. البته این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود، از جمله امکان آزمون پیگیری فراهم نبود. با توجه به شرایط اضطراری و لزوم رسیدگی به وضعیت بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، و اینکه گروه کنترل نیز باید خدمات مشاوره و روان‌درمانی را دریافت می‌کردند، امکان آزمون پیگیری فراهم نبود که می‌تواند جزء محدودیت‌های این پژوهش باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت اطمینان از اثرات و همچنین کاربردهای این نوع روان‌درمانی‌ها در درازمدت، از آزمون‌های پیگیری استفاده کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، باوجود اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در حیطة افسردگی و اقدام به خودکشی، این شیوه

### References:

- 1- Li Z, Li B, Song X, Zhang D. Dietary zinc and iron intake and risk of depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res J* 2017; 251(3): 41-7.
- 2- Montazeri A, Omidvari SJ, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literatur. *Payesh J* 2013; 12(6): 567-94. (Persian)
- 3- Yoon S, Dang V, Mertz J, Rottenberg J. Are Attitudes Towards Emotions Associated with Depression? A Conceptual and Meta-Analytic Review. *Affect Disord J* 2018; S0165-0327 (17): 32378-9.
- 4- Ganji M. *Psychopathology based on DSM-5*. 1st Ed. Tehran: Savalan Press; 2018. (Persian)
- 5- Fischer JR. Treatment of comorbid methamphetamine substance abuse and borderline personality disorder features using modified dialectical Behavior therapy. (Dissertation). USA: Western Michigan University; (2007).
- 6- Grazioli VS, Bagge CL, Studer J, Bertholet N, Rougemont-Bucking A, Mohler-Kuo M, Daepfen JB, Gmel G. Depressive Symptoms, Alcohol Use and Coping Drinking Motives: Examining Various Pathways to Suicide Attempts Among Young Men. *Affect Disord J* 2018; 232:243-51.
- 7- Zareshahabadi A, Shafienezhad M, Madhi J. Suicide attempts among women: motivations and conditions. *JWDP* 2017; 15(3): 427-46. (Persian)
- 8- Dehdashti A, Bahrami M, Karami M. Investigation Depression Prevalence and Related Effective Factors Among Students at Health Faculty Semnan University of Medical Sciences in 2017, Iran. *Zanko J Med Sci* 2018; 1(3): 24-32. (Persian)
- 9- Kikhavani S, Chatripour F, Seidkhaninahal A. Comparison between Suicidal Thoughts and Depression among the Suicide Committed and Healthy Individuals among Ilam Province People between 2011 and 2012. *SJIMU* 2013; 21(1): 47-53. (Persian)
- 10- Ahmadiangorji M, Asgharnezhadfarid AA, Malakouti SK. Comparison of primary maladaptive schemas in suicidal depressed patients with non-suicidal depressed patients and non-clinical population. *J ICSS* 2008; 10(4): 49-59. (Persian)
- 11- Perera S, Eisen R, Bawor M, Dennis B, Desouza R, Thabane L, Samaan Z. Association between body mass index and suicidal behaviors: a systematic review protocol. *Bio Cent J* 2015; 4(52).
- 12- Salehi MN, Beshlideh K, Kazemzade M. The Effect of Holographic Reprocessing Therapy on Impulsivity and Cognitive-Emotional Regulation of Suicidal Persons in Ilam City. Ilam: Designed by

- Ilam University of Medical Sciences; 2019. (Persian)
- 13- Zamani N, Noohi S, Nikdelteimouri N, Jahangir AH. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Reducing Suicidal Thoughts (Suicidal Ideations) in Suicide Attempters with a History of Previous Suicide. *Heal Res J* 2016; 1(3): 159-66. (Persian)
- 14- Ramaiya MK, Fiorillo D, Regmi U, Robins CJ, Kohrt BA. A Cultural Adaptation of Dialectical Behavior Therapy in Nepal. *Cbpra J* 2017; 24(4): 428-44.
- 15- Bastami E, Saifolahi S, SVosoghi M. How and why persistence of perjury in Ilam province after the revolution of 1978 to 2015. *Soc Sci Stu J* 2017; 14(52): 18-41. (Persian)
- 16- Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast SH, Sohrabzadeh A. Effectiveness of Nursing Preventive Interventions in Suicide Re-attempts. *IJN* 2016; 29(99-100): 34-44. (Persian)
- 17- 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(6): 1-15. (Persian)
- 18- Gruzca RA, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. Personality and depressive symptoms: a multidimensional analysis. *Affect Disord J* 2003; (74): 123-30.
- 19- De-Leersnyder J, Kim H, Mesquita B. Feeling right is feeling good: psychological well being and emotional fit with culture in autonomy- versus relatedness-promoting situations. *Fron Psy J* 2015; 6(630): 1-12.
- 20- Bagherikhatounabadi F, Manoochehri M, Hakami M. Relationship between Affective control and suicidal tendency in high school girl students in Karaj. 2<sup>nd</sup> National Conference on Psychology and Educational Sciences; 2015. (Persian)
- 21- 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(36): 197-2019. (Persian)
- 22- Moradmamand M, Khanbani M. Efficacy of written emotional disclosure on self-efficacy and affective control in student with anxiety. *Appli Psy J* 2016; 10(1): 21-37. (Persian)
- 23- Ayadi N, Abasi M, Pirani Z, Taghvai D, Pirani A. The relationship between affective control and distress tolerance with mobile phone harm among students. *ICTEDU J* 2016; 7(1): 145-62. (Persian).
- 24- Hermana AM, Critchley HD, Duka Th. The role of emotions and physiological arousal in modulating impulsive behaviour. *Bio Psycho J* 2018; 133: 30-43.
- 25- Hoey J, Schroder T, Alhothali A. Affect control processes: Intelligent affective interaction using a partially observable Markov decision process. *Artint J* 2016; 230: 134-72.
- 26- Abdolmaleki S, Farid A, Habibi-Kaleybar R, Ghodoosi Nejad A. Investigating the Relationship between Family Emotional Atmosphere and Affective Control with Tendency to Addiction. *Fami Res J* 2017; 12(4): 649-62. (Persian)
- 27- Dunham GD. Emotional skill falnes and marital sabis faction. Unpublished Doctoral Dissertation. 2008; 34(2): 126-32.
- 28- Raesi AR, Kashkoli F. Predictive Role of Personality Traits with Mediation of Affective Control in relationship with Irritable Bowel Syndrome (IBS) among the Students of Bushehr University of Medical Sciences (2013-2014). *Iran South Med J* 2016; 19(4): 559-70. (Persian)
- 29- Tahmasebiyan H, Khazaie H, Arefi M, Saeidipour M, Hosseini SA. Standardization of affective control scale test. *Kums J* 2014; 18(6): 349-354. (Persian)
- 30- Serretti A, Chiesa A, Souery D, Calati R, Sentissi O, Kasper S, Akimova E, Marsano A, Balestri M,

- Alberti S, Zohar J, Amital D, Montgomery S, Mendlewicz J. Social adjustment among treatment responder patients with mood disorders. *Affect Disord J* 2013; (150) 961-6.
- 31- Antypa N, Calati R, Souery D, Pellegrini S, Sentissie O, Amital D, Moser U, Montgomery S, Kasper S, Zohar J, Ronchi D, Mendlewicz J, Serretti A. Variation in the HTR1A and HTR2A genes and social adjustment in depressed patients. *Affect Disord J* 2013; 150 (2), 649-52.
- 32- Malekmohammadigele Z, Kaveyanibrojeni N, Derafshide Z. Investigating the Role of Aggression and Social Adjustment on Depression in Adolescents (Case Study: High School Students in Shahrekord City). *First International Conference on Innovation and Research in Educational Sciences, Management and Psychology*. 2016. (Persian)
- 33- Poursharifi H, Habibi M, Zarani F, Ashouri A, Hefazi M, Hajebi, Bolahri J. The Role of Depression, Stress, Happiness and Social Support in Identifying Suicidal Thoughts in Students. *IJPCP* 2012; 18(2): 99-107. (Persian)
- 34- Bidi F, Namdari Pezhman M, Amani A, Ghanbari S, Kareshki H. Structural Analysis of Relationship of Internet Addiction with Depression, Social Adjustment and Self-Esteem. *Avicenna J Clin Med*. 2012; 19 (3): 41-8. (Persian)
- 35- Parsamehr M, Hadat E. The Relationship between Emotional Intelligence and Social Adjustment in Students. *Soci Dev J* 2016; 11(2): 65-94. (Persian)
- 36- Bahamin M, Kourosnia M. Relationship between social skills and social adjustment through loneliness in adolescents. *Psycho meth mod J* 2017; 8(3): 254-68. (Persian)
- 37- Taghinezhad Z, Eghlima M, Arshi M, Pourhossein Hendabad P. Effectiveness of Social Skills Training on Social Adjustment of Elderly People. *Jrehab* 2017; 18 (3): 230-41. (Persian)
- 38- Jani S, Molae M, Jangi S, Pouresmali A. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Religious Beliefs on Death Anxiety, Social Adjustment and Subjective Well-being in the Cancer Patients. *Sjimu* 2014; 22 (5): 94-103. (Persian)
- 39- Curran T. An actor-partner interdependence analysis of cognitive flexibility and indicators of social adjustment among mother-child dyads. *Paed J* 2018; 126: 99-103.
- 40- Katz SL. *Holographic reprocessing: a cognitive-experiential psychotherapy for treatment of trauma*. New York: Taylor & Francis group; 2005.
- 41- 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. *Contem Psycho J* 2014; 44(1): 9-19.
- 42- Mehrparvar S, Hajloo N, Aboolghasemi A. The effectiveness of Holographic Reprocessing Therapy on mental adjustment to cancer in women with cancer. *J Urmia Univ Med Sci* 2017; 28 (5):343-352. (Persian)
- 43- Otared N, Borjali A, Sohrabi F, Basharpour S. The efficacy of holographic reprocessing therapy on arousal and intrusion symptoms in veterans with post-traumatic stress disorder. *J Urmia Univ Med Sci* 2016; 27 (5):427-37. (Persian)
- 44- Narimani M, Basharpour S, Gamari-Givi H, Abolgasemi A. Effectiveness of Cognitive Processing Therapy and Holographic Reprocessing on the Reduction of Psychological Symptoms in Students Exposed to Trauma. *J Clin Psychol* 2011; 3 (11): 41-52. (Persian)
- 45- Katz LS. *Holographic Reprocessing as a Treatment for Military Sexual Trauma*. *Warrior Renew: Healing from Military Sexual Trauma*. Spring Publishing Company 2015; (45) 191-2.
- 46- Katz LS, Snetter MR, Robinson AH, Hewitt P, Cojucar G. Holographic reprocessing: empirical evidence to reduce posttraumatic cognitions in women veterans with PTSD from sexual trauma and abuse. *Psychotherapy:*

- Theory/Research/Practice/ Training 2008; 45 (2): 186-98.
- 47- Kazemi N, Narimani M, Basharpour S. Effectiveness of holographic reprocessing on improvement of traumatic memories and Posttraumatic Cognitions in Womens asked divorce. *Couns Res Deve J* 2017; 16 (61): 36-59. (Persian)
- 48- Salehi MN, Faraji S, Mohamadzadeh M, Rahmani B, Kazemi N. Study effectiveness of holographic reprocessing therapy on coping strategies in high school boys divorced families. *Chi Adol Psychometric J* 2015; 1 (2): 6-15. (Persian)
- 49- Rezapoor Y, Zakeri M. The effectiveness of holographic re-treatment on the meaning of life, fear of negative evaluation and rumination of depressed women. *Qccpc J* 2019; 10 (39): 49-70. (Persian)
- 50- Christopher RD, Katherine AC, Sara JL. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Be Th J* 2019; 50 (1): 60-72.
- 51- Andreasson K, Krogh J, Rosenbaum B, Gluud Ch, Jobes DA, Nordentoft M. The Dias trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and borderline personality disorder traits - study protocol for a randomized controlled trial. *Biomed Central, Trial S J* 2014; (15): 194.
- 52- Linehan MM. *Dialectical Behavior therapy frequently Asked Questions*. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC; 2008.
- 53- 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. Please check if appropriate. *Cognitive and Behavioral Practice* 2018; 25(3): 416-26.
- 54- Kleiber BV, Felder JN, Ashby B, Scott S, Dean J, Dimidjian S. Treating Depression Among Adolescent Perinatal Women With a Dialectical Behavior Therapy Informed Skills Group. *Cog Beh Pra J* 2017; (651): S1077-7229(17)30002-0.
- 55- Frazier SN, Vela J. Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggr Vio Beh J* 2014; (19): 156-63.
- 56- Baigan K, Khoshkonesh A, Habibi Askarabad M, Fallahzade H. Effectiveness of dialectical behavioral group therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients. *Jdn* 2016; 4 (3): 8-18. (Persian)
- 57- Akhavan Sh, Sajjadian I. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Instability and Impulsivity in Bipolar Patients. *Clinic Psycho J* 2016; 3 (31): 11-22. (Persian).
- 58- Narimani M, Kazemi N, Salehi M. The Effectiveness of Group Training of Dialectical Behavior Therapy on stress reduction and Increasing Self- Efficacy in Nurses. *Heal care J* 2016; 17 (4): 270-80. (Persian)
- 59- Madahi ME, Madah L. Eeffectiveness of dialectical behavior therapy in reducing depression and suicide thoughts in girl students. *School Psycho J* 2014; 3 (3): 74-85. (Persian)
- 60- Williams L, Cambless DL. Are emotion frightening? Anextension of the consept. *Beh Res Th J* 1997; 35 (4): 239-45.
- 61- Ghasemi S, sharifi K. Investigating the comparison of early maladaptive schema; emotional quotient and social adjustment adolescents having tendency to dangerous behavior and normal adolescents. *Frooyesh J* 2018; 6 (4):45-72. (Persian)
- 62- Ghafourifard M, Payamibousari M, Heydarisome A. A survey on various dimensions of adjustment status among warfare Veterans with one eye blindness. *Iran J War Public Health*. 2014; 6 (22): 65-71. (Persian)
- 63- Moradpour J, Miri MR, Aliabadi S, Poursadegh A. Effectiveness of self-awareness and self-esteem skills training on adjustment and self-esteem of

- mothers of mentally retarded children. *Mod Care J* 2013; 10 (1): 43-52. (Persian)
- 64- Pourseyed SR, Habibolahi S, Faramarzi S. Effectiveness of Life Skills Training Program on Adolescence of blind and partially sighted students. *Tra Stra J* 2010; 3 (1): 7-11. (Persian)
- 65- Nadimi M, Pishgar M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R. Comparing Efficacy of Groups Cognitive Behavior Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Treatment of Depression in Multiple Sclerosis Patients. *J Urmia Univ Med Sci* 2014; 25 (4):327-37. (Persian)
- 66- Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students: *J Fundament Mental Health* 2011; 13 (2): 124-35. (Persian)
- 67- Eisner, L. Eddie, D. Harley, R. Jacobo, M. Nierenberg, AA. Deckersbach, Th. Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy* 2017; 48 (4): 557-66.
- 68- Goldestein R, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko-Jyu H, Brent DA, Birmaher B. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder. Result pilotr omizedtrial *J Child Adolesc Psycho pharmacol* 2015: 25: 140-9.
- 69- Goldestein R, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder. 1-Year Open Trial *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46 (7): 820-30.
- 70- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Swenson CR. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*: Guilford Publications; 2006.
- 71- Dimeff L, Linehan MM. *Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell*. *The California Psychologist* 2001; (34): 10-13.
- 72- Zamani N, Ahmadi V, Ataei 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 (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *sjimu*. 2014; 22 (5) :45-54 (Persian).
- 73- Karbalaieimohammadmeigouni A, Ahadi H, Pashasharifi H, Jazayeri SM. Effects of dialectical behavior therapy with medical therapy vs. medical therapy alone in reducing suicidal thoughts in patients with major depressive disorder and recent history of attempted suicide. *Appli Psycho J* 2011: 4 (16): 25-41. (Persian)
- 74- Lungu A, Linehan M. Chapter 18- Dialectical Behavior Therapy: Overview, Characteristics, and Future Directions. *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* 2017: 429-59.
- 75- 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.
- 76- Behamin M, Kouroshnia M. The mediating role of loneliness in the relationship between social skills and social adjustment among adolescents. *J Psychol Model Method* 2017; 8 (29): 253-68. (Persian)



## COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF HOLOGRAPHIC REPROCESSING AND DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY ON AFFECTIVE CONTROL AND SOCIAL ADJUSTMENT IN DEPRESSIVE PATIENTS WITH ATTEMPTED SUICIDE

Mohammadnabi Salehi<sup>1</sup>, Kioumars Beshlideh<sup>2</sup>, Najmeh Hamid<sup>3</sup>, Nasrin Arshadi<sup>4</sup>

Received: 06 Sep, 2019; Accepted: 28 Nov, 2019

### Abstract

**Background & Aims:** Depression is the greatest psychological disorder of the present century, which is known as the common cold of psychiatry. And it is the most important risk factor for the suicide attempts. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of holographic reprocessing and dialectical behavioral therapy on affective control and social adjustment of depressed suicidal patients.

**Materials & Methods:** The present research is a pre-test and post-test type with control group. The statistical population of this study included all depressed patients who attempted suicide in Ilam in 2018. By simple random sampling, 45 subjects were selected as sample members and they were randomly assigned to three groups: holographic Reprocessing, dialectical behavior therapy group, and control group. Research instruments included affective control scale (Williams & Chambles), compatibility questionnaire (Bell), holographic reprocessing package (Katz), and dialectical behavioral therapy package (Lynn).

**Results:** The results of multivariate analysis of covariance showed that there was a statistically significant difference between affective control and social adjustment in experimental groups (holographic reprocessing group and dialectical behavioral therapy group) and control group ( $F=132.141, p<0.000$ ). Also, the results of the Bonferroni test showed that the holographic reprocessing group, in comparison with the dialectic behavioral therapy group, increased the level of social adjustment of depressed patients who attempted suicide ( $p < 0.001$ ). However, there was no significant difference in affective control between the two experimental groups ( $p > 0.534$ ).

**Conclusion:** According to the results of this study, both holographic reprocessing and dialectical treatment therapy have increased the affective control and social adjustment in depressed patients with attempted suicide. Also, holographic reprocessing has further increased the level of social compatibility. Ultimately, both treatments can be used effectively to treat depression and also they can be employed as interventions in critical situations such as suicidal attempts.

**Keywords:** Holographic Reprocessing, Dialectical Behavioral Therapy, Affective Control, Social Adjustment, Depressive patients with attempted suicide

**Address:** Shahid Falahi Street, Mosalah Street, Ilam, Iran

**Tel:** +989120233832

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

SOURCE: STUD MED SCI 2020: 30(11): 940 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup>. PhD student of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup>. Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

<sup>3</sup>. Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

<sup>4</sup>. Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran