

**The effect of integration of dialectical behavior therapy based on
compassionate mind on reduction of cognitive reactivity and
motivation for suicide attempts in attempted suicide**

Mohammad Javad Bagian Kulehmarzi*

Jahangir Karami**

Khodamorad Momeni***

Adele Elahi****

Abstract

This research carried out with the aim of the effectiveness of integration dialectical behavior therapy based on compassionate mind on reduction of cognitive reactivity and motivation for suicide attempts in attempted suicide. In this study, the experimental method was used with the pretest-posttest and control group design. The statistical sample of this study consisted of 26 suicide attempters who volunteered for participating in the intervention, and were selected by random sampling method. They were assigned randomly to experimental and control groups. The experimental group received 14 sessions of integration of dialectical behavior therapy based on compassionate mind. The subjects of the experimental and control groups, in the pretest and posttest stages, completed the Cognitive Reactivity Questionnaire and Inventory of Motivations for Suicide Attempts. In order to follow the ethical considerations, 10 group counseling sessions were also held for the members of waiting list group. The gathered data were analyzed applying the SPSS-21 software and by univariate covariance analysis (ANCOVA). The univariate covariance analysis results indicated that the integration of dialectical behavior therapy based on compassionate mind are effective on reduction of cognitive reactivity and motivation for suicide

* Ph.D. Student of Razi University, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kermansha, Iran.

** Associate professor, Razi University, Kermansha, Iran. *Corresponding Author:* j.karami@razi.ac.ir

*** Associate professor, Razi University, Kermansha, Iran.

**** Assistant Professor of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran.

attempts ($p \leq 0.001$). According to the results obtained from using the integration of dialectical behavior therapy based on compassionate mind, cognitive reactivity and motivations for suicide attempts, were reduced. We can say that this intervention can be used along with the medical treatment and other evidenced based treatments for attempted suiciders, as a useful and complementary therapeutic method.

Introduction

The Shneidman' (1993) theory of suicide regards psychache as the main motive for attempting suicide. Baumeister (1990) provides a theory based on the cognitive, social, personality and psychological constructs. His escape theory states that many attempts to suicide are to reduce the negative self-awareness.

Method

The current study was based on the experimental method, with a pre-test post-test design, with ethical code of IR. KUMS REC 1396. 399. The statistical sample of this study consisted of 48 suicide attempters by drug poisoning that 32 subjects from them were selected and assigned randomly to the experimental and control group.

Results

The results indicated that the main effects of the group on the cognitive reactivity variable ($p \leq 0.001$, $F_{(1, 24)} = 31.99$) and motivation of attempting suicide ($p \leq 0.001$, $F_{(1, 24)} = 154.49$) were significant. According to ETA squared, the amount of this effect for the cognitive reactivity variable was 57% and for the motivation for suicide attempts was 53%.

Discussion

The aim of the current research was to study the effectiveness of integration of dialectical behavior therapy based on compassionate mind on the reduction of cognitive reactivity and motivation for suicide attempts in attempted suicide. To explain the results we can say that a large part of the integration of dialectical behavior therapy based on compassionate mind is based on trained skills that somehow focus attention to the individual's inner states (such as emotions and cognitions) in a non-judgmental and acceptant mode.

Keywords: dialectical behavior therapy based on compassionate mind, cognitive reactivity, motivations for suicide attempts.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۳/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۸/۲۸

دست آوردهای روان‌شناختی
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۲
ص:ص: ۱-۲۶

اثر بخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده

محمدجواد بگیان کوله مرزی*

جهانگیر کرمی**

خدا مراد مومنی***

عادل الهی****

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده انجام شد. روش تحقیق حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی افراد ۱۶ تا ۴۰ ساله اقدام‌کننده به خودکشی به روش مسمومیت دارویی در فاصله‌ی ماه‌های مهر تا بهمن سال ۱۳۹۶ به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه تشکیل دادند. نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل ۲۶ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی و داوطلب شرکت در مداخله بودند، که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. گروه آزمایشی ۱۴ جلسه درمان یکپارچه رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز را دریافت کردند. آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه‌های واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری داده‌ها به منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه لیست انتظار ۱۰ جلسه مشاوره گروهی برگزار شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 و به روش تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) نشان داد که یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر

- مطالعه حاضر مستخرج از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی در دانشگاه رازی می‌باشد.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول) j.karami@razi.ac.ir

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

**** استادیار، گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی اثربخش است ($P \leq 0/001$). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش مؤلفه‌های واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌توان از این مداخله در کنار درمان دارویی و دیگر درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی به‌عنوان روش درمانی مفید و مکمل استفاده نمود.

کلید واژگان: رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، واکنش‌پذیری شناختی، انگیزه‌های اقدام به خودکشی

مقدمه

خودکشی^۱ احتمالاً مهم‌ترین معضل در جهان نباشد اما آمارهایی که از سوی سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های بهداشتی کشورها منتشر می‌شود نگرانی جهانی از میزان خودکشی جوانان را افزایش داده است. نظریه‌های روان‌شناسی به‌طورکلی به عوامل روانی و فردی توجه دارند و نظریه شناختی، خودکشی را نمونه‌ای از رفتار حل مسأله می‌داند (Hawton, Comabella, Haw & Saunders, 2013). بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا، خودکشی تلاش آگاهانه به‌منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد باقی بماند (Leenaars, 2010). افکار خودکشی به افکار و باورهایی گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل‌ملاحظه را در برمی‌گیرد اما شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی‌شود (Drapeau, Cerel & Moore, 2016). اگرچه اغلب پژوهش‌های حوزه خودکشی روی همبسته‌های این پدیده تمرکز داشته‌اند، اما راه دیگر برای بهتر شناختن و پیش‌بینی خودکشی، شناسایی انگیزه‌های اقدام به خودکشی است. درک متداول‌ترین انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌تواند مدل‌های مفهومی خودکشی را غنی سازد و طراحی برنامه‌های پیشگیری و مداخله در خودکشی را تسهیل نماید (May, Klonsky, 2013; Chapman, Dixon-Gordon, 2007; Brown, Comtois, Linehan, 2002b). نظریه‌های مختلف خودکشی، فرضیه‌های متفاوتی در مورد دلایل خودکشی بیان می‌کنند. نظریه خودکشی (Shneidman (1993) درد روانی^۲ را به‌عنوان انگیزه اصلی اقدام به خودکشی قلمداد

1- suicide

2- psychoache

می‌کند. وی عقیده دارد خودکشی زمانی روی می‌دهد که آستانه تحمل درد روانی پر شود. آستانه تحمل افراد با یکدیگر متفاوت است. (Baumeister (1990 نظریه‌ای را بر اساس سازه‌های شناختی، اجتماعی، شخصیتی و روان‌شناختی ارائه می‌دهد. نظریه فرار^۱ وی بیان می‌کند که بسیاری از اقدام به خودکشی‌ها برای کاهش خودآگاهی منفی است. نظریه بین‌فردی Joiner (2005) نیز می‌گوید که دو حوزه، فشار ادراک‌شده و احساس تعلق از بین رفته، با یکدیگر تعامل می‌کنند و میل به خودکشی را ایجاد می‌کنند. سایر نظریه‌ها به نقش ناامیدی (Abramson, Alloy, Hogan, Whitehouse & Gibb, 1989)، حل مسأله (Baechler, 1979; May & Klonsky, 2016)، تکانشگری و تعامل بین‌فردی (Simon, Swann, Powell, Potter) (Kresnow, 2001) به‌عنوان انگیزه‌های اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند. بر این اساس می‌توان به دو گروه اساسی از انگیزه اقدام به خودکشی اشاره کرد (Brown, Comtois & Linehan, 2002b; Holden & DeLisle, 2006; May & Klonsky, 2013; May, O'Brien, Liu & Klonsky, 2016). گروه اول، انگیزه‌های درونی (معطوف به خود) مانند ناامیدی، درد ذهنی (روان‌شناختی) بسیار زیاد، نیاز به فرار، و سایر حالات هیجانی و شناختی پریشان‌کننده را در بر می‌گیرند. گروه دوم نیز انگیزه‌های تعاملی^۲ (معطوف به دیگران) مانند تمایل به صحبت کردن، تأثیر گذاشتن، یا درخواست کمک از دیگران را شامل می‌شود. در پژوهش‌ها به انگیزه‌های درونی خودکشی، به خصوص درد روان‌شناختی زیاد و ناامیدی، خیلی بیشتر از انگیزه‌های تعاملی اشاره شده است.

بر اساس نظریه Teasdale's (1988) یکی از عوامل خطر عود افسردگی و متعاقب آن اقدام به خودکشی واکنش‌پذیری شناختی^۳ است. این فرضیه بیان می‌کند که در طول یک دوره افسردگی، ارتباط بین حالت خلق منفی و الگوهای تفکر منفی شکل می‌گیرد، به طوری که متعاقب خلق و خوی پایین، الگوهای تفکر منفی دوباره فعال می‌شوند (Beavers et al., 2013). فعال‌سازی چنین سبک‌های شناختی خاموش، خطر ابتلا فرد را به دیگر جنبه‌های افسردگی افزایش می‌دهد. واکنش‌پذیری شناختی به‌عنوان یک راه‌انداز طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی شناخته شده است که منجر به خلق پایین در فرد می‌شود (Lau, Segal, Williams,

1- escape theory

2- communication motivation

3- cognitive reactivity

(Mark & Teasdale's, 2004). واکنش‌پذیری شناختی به میزان برانگیخته شدن افکار و نگرش‌های ناکارآمد در قبال ایجاد یک خلق منفی و افسرده‌وار اطلاق می‌شود. باور بر این است که در اولین دوره‌های تجربه‌ی افسردگی، ارتباطی میان الگوهای تفکر منفی و خلق غمگین برقرار می‌شود که حالات خلق منفی بعدی می‌تواند از طریق فعال کردن این ارتباط، شبکه‌ای از افکار منفی را برانگیزد که در دوام و تشدید حالات خلق منفی و افسردگی نقش مهمی را بر عهده دارد (Raesa, Dewulf, Van Heeringenc & Williams, 2009).

یکی از رویکردهای نوین روان‌درمانی که بر اساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل‌گرفته است درمان متمرکز بر شفقت^۱ است (Gilbert, 2005). این درمان بر چهار حوزه‌ی تجارب پیشین و تاریخچه‌ای^۲، ترس‌های اساسی^۳، راهبردهای ایمنی-طلبی^۴، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده و غیرعمدی^۵، متمرکز است (Gilbert, 2005). شفقت مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آنان شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار گیرد (Gilbert, 2005). این درمان یکپارچه، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد تحولی، بودائی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه‌ی شفقت‌ورز درونی مراجع با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجع می‌شود. از سوی دیگر رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل چهار مهارت ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی و کارآمدی بین‌فردی است (Linehan, 1993b)؛ که با ترکیب شدن با مهارت‌های شفقت به خود به افزایش ذهنیت مراقبت‌کننده، توان مقابله با استرس، اضطراب، افسردگی و ایده‌پردازی خودکشی و کاهش ذهنیت‌های تهدیدکننده و رقابت‌کننده در افراد می‌شوند (Gilbert, 2005). همچنین رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمان شناختی-رفتاری است (Lynch et al., 2013). بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز تا حدودی مشابه است و در آن از روش‌های علمی برای تغییر توجه و هیجانات استفاده می‌شود. با این حال برخلاف

-
- 1- compassion focused therapy
 - 2- background experiences
 - 3- key fears
 - 4- developed safety strategies
 - 5- unintended consequences

رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکرد CFT بیشتر معنوی است و بنیادهایی در روان‌شناسی تکاملی و علوم اعصاب دارد. لذا با توجه به اشتراکات علمی و توجه درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز به بعد اجتماعی و تکاملی و ترکیب آن با مهارت‌های فردی (تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) می‌توان علاوه بر تعدیل عوامل خطر ساز فردی عوامل اجتماعی محافظت‌کننده را نیز افزایش داد. لذا با توجه به این امر انگیزه پژوهشگران برای یکپارچه‌سازی این دو رویکرد دو چندان شد. علاوه بر این، یکپارچه‌سازی می‌تواند طبیعت فراتشخیصی رفتاردرمانی دیالکتیکی را تقویت کند و بر اساس پژوهش‌ها مشخص شود که این رویکرد یکپارچه یک ابزار پیشرفته‌ی بالینی جهت ادغام با سایر رویکردهاست.

Wang, Chen, Poon, Teng, and Jin (2017) در مطالعه‌ای با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش رفتارهای نابهنجار اجتماعی نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش پرخاشگری، تکانشگری، احساس گناه و شرم ناشی از مصرف مواد اثربخش است. Martin, Leslie, Zalewski, and Cummins (2017) آموزش گروهی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مادران مبتلا به بد تنظیمی هیجانی شدید دریافتند که مادران مبتلا به دشواری در خود نظم‌بخشی هیجانی که حداقل دو یا چند تشخیص از اختلالات محور I را داشتند بعد از دریافت مهارت‌های گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی از دشواری هیجانی پایین‌تری برخوردار بودند. Mehlum et al. (2016) در یک پیگیری یک ساله به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و مقایسه آن با درمان‌های معمولی در نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و رفتارهای خودآسیبی نتایج پیگیری ۵۲ هفته‌ای نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با درمان‌های معمولی فراوانی رفتارهای خود آسیب‌رسانی، ایده‌پردازی خودکشی، ناامیدی، افسردگی و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را کاهش و سطح عملکرد کلی را افزایش می‌دهد و این تغییرات در رفتاردرمانی دیالکتیکی در مرحله پیگیری حفظ شد. Peymannia, Hamid, and MahmudAlilo (2018) پژوهشی نشان دادند که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت باعث کاهش علائم رفتارهای خودآسیب‌رسان ($F=64/02$ و $p \leq 0/001$) و ارتقای کیفیت زندگی ($F=41/76$ و $p \leq 0/001$) دانش-آموزان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است و نتایج درمانی ۲ ماه پس از پایان دوره در گروه آزمایشی حفظ شده است.

در مجموع یکپارچه‌کردن رفتاردرمانی دیالکتیکی که به‌ویژه برای افرادی طراحی شده

است که رفتارهای خودآسیبی نظیر جرح خویشتن، افکار خودکشی، میل به خودکشی و تلاش برای خودکشی دارند با درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز که سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان شناختی- رفتاری صورت گرفت (Ghorbani, Watson, Chen & Norbala, 2012) و اثربخشی آن بر کاهش مشکلات هیجانی (Gilbert, 2014)، افسردگی، اضطراب (Breines et al., 2014)، نگرانی، ترس و حملات پانیک (Tirch, 2012)، سایکوز (Braehler et al., 2012) و رفتارهای شبه خودکشی (Jessica & Kalnins, 2011)، به‌عنوان سازه‌ای نوپا در روان‌شناسی به اثبات رسیده است (Morton, Snowdon, Gopold & Guymer, 2012)، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به‌خصوص در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از فرهنگ غرب دارد، احساس می‌شود. لذا با توجه به خلاء پژوهش‌های داخلی در زمینه مداخلات استاندارد مرتبط با خودکشی در میان نوجوانان و جوانان و با توجه به اهمیت حمایت مناسب از اقشار آسیب‌پذیر و در راستای تحقق هدف مورد نظر این سؤال مطرح است که آیا یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام برای خودکشی در یک کارآزمایی بالینی^۱ مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر در دسته بندی بر مبنای هدف از نوع تحقیقات کاربردی و در دسته‌بندی بر مبنای شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تحقیقات آزمایشی بود که در قالب طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با دو گروه انجام شد. چون مبنای تصادفی‌سازی، درباره افراد بیمار انجام شد این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است.

نمونه و جامعه آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه افراد ۱۶ تا ۴۰ ساله اقدام‌کننده به خودکشی به روش مسمومیت دارویی در فاصله ماه‌های مهر تا بهمن سال ۱۳۹۶ مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه تشکیل دادند. نمونه آماری این پژوهش ۴۸ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی بود که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج شامل (۱- افراد نمونه

1- clinical trail

تحقیق اقدام به خودکشی به روش مسمومیت دارویی کرده باشند؛ ۲- برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده باشند، ۳- دارا بودن حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۰؛ ۴- داشتن حداقل سطح تحصیلات راهنمایی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها؛ ۵- مصرف دارو یا مداخله‌ای زیستی توسط روان‌پزشک تا زمان ورود به روان‌درمانی؛ ۶- از شش ماه قبل از ورود به پژوهش از روان‌درمانی دیگری استفاده ننموده باشند، ۷- بر اساس تشخیص پزشکی و روانپزشکی فرد بیماری جسمانی و روانشناختی (مانند معلولیت یا صرع به‌جز افسردگی، اختلال سوء مصرف مواد، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات شخصیت) که مانع مشارکت در برنامه شود را نداشته باشد. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- عدم تمایل برای شرکت در جلسات؛ ۲- فرد متقاضی دریافت کمک‌های دیگری همچون خدمات مددکاری اجتماعی باشد و یا همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر شرکت داشته باشد؛ ۳- بیمارانی با علایم روان‌پریشی (توهم و هذیان)، دارای تاریخچه‌ای از مانیا یا هیپومانیا، بیماران عقب‌مانده ذهنی نباشد، ۴- داشتن غیبت بیش از سه جلسه به دلایل مختلف و ۵- دریافت مداخلات روان‌درمانی سه جلسه‌ای که توسط مراکز بهداشتی و درمانی برای افراد اقدام کننده به خودکشی پس از ترخیص از بیمارستان ارائه می‌شود) از بین آن‌ها ۳۲ نفر انتخاب و در یکی از گروه‌های آزمایشی و گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای این که نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۳۲ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (Delavar, 2001). در این پژوهش با توجه به الگوی رفتاردرمانی دیالکتیکی (Miller, Rathus and Linehan (2007) برای خودکشی و Gilbert (2014) باید از گروه‌های ۶ تا ۸ نفری استفاده شود. لازم به توضیح است برای ارزیابی ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه، یک مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-V) و چک‌لیست ارزیابی خودکشی یافیت^۱ استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی بر مبنای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: مصاحبه

1- Suicide assessment checklist Yufit

تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختاریافته از مجموعه نظام‌داری از سؤالات اختصاصی تشکیل می‌شوند که هدف آن‌ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجع است که به‌نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد (APA, 2013). این مصاحبه بر اساس الگوی رابرت یافیت از مراجعین انجام شد.

پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی^۱: پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی May and Klonsky (2013) یک ابزار خود سنجی ۵۴ سؤالی است. این پرسشنامه به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. مقیاس بر اساس یک طیف ۵ درجه‌ای از اصلاً مهم نیست=۱ تا بسیار مهم است=۵ تنظیم شده است. نمره‌ی کلی فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۵۴ تا ۲۷۰ است. بر اساس تحلیل عاملی (May and Klonsky, 2013) با افراد اقدام کننده به خودکشی آشکار شد که مقیاس انگیزه برای اقدام به خودکشی ترکیبی از ۱۰ عامل است، ناامیدی (سؤال‌های ۲، ۶، ۳۷، ۴۴ و ۴۵)، درد ذهنی (سؤال‌های ۷، ۹، ۱۲، ۲۱، ۳۵ و ۴۶)، فرار و اجتناب (سؤال‌های ۱، ۱۶، ۱۸، ۴۰ و ۴۷)، درماندگی (سؤال‌های ۴، ۱۴، ۲۳، ۳۰، ۳۴ و ۵۰)، حس تعلق کم (سؤال‌های ۱۰، ۱۹، ۲۷، ۳۱، ۳۸ و ۵۱)، بی‌پروایی و نترس بودن (سؤال‌های ۳، ۱۷، ۲۵، ۲۹، ۳۲ و ۵۲)، اثر بین فردی (سؤال‌های ۱۱، ۱۵، ۳۶، ۳۹ و ۵۳)، جستجوی کمک (سؤال‌های ۵، ۸، ۲۸، ۴۳ و ۵۴)، تکانشوری (سؤال‌های ۲۴، ۲۶، ۳۳، ۴۲ و ۴۹) و حل مسئله (سؤال‌های ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۴۱ و ۴۸) مربوط می‌شوند. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ناامیدی (۰/۷۷)، درد روانی (۰/۸۴)، فرار و اجتناب (۰/۸۰)، ناگوار (۰/۸۸)، حس تعلق کم (۰/۷۴)، بی‌پروایی (۰/۷۴)، تکانشوری (۰/۷۴)، اثر بین فردی (۰/۸۹)، جستجوی کمک (۰/۸۴) و حل مشکل (۰/۵۵) و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون پایایی آزمون برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (May & Klonsky, 2013). در این مطالعه به‌منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی از تحلیل عامل اکتشافی، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۲ استفاده شد. همچنین مقدار کیسر- مایر- الکین^۳ برابر با ۰/۸۱۰ و مقدار مجذور کای انتقال‌یافته

1- Inventory of Motivations for Suicide Attempts

2- Principal Components Analysis (PCA)

3- Kaiser- Meyer Olkin (KMO)

آزمون کرویت بارتلت^۱ برابر با ۴۴۳۳/۹۹۱ به دست آمد که با درجه آزادی ۱۴۳۱ معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$). نتایج نشان داد که ۹ عامل اصلی در مجموع ۶۳/۱۱۹ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کنند. نتایج نشان داد که همسانی درونی مؤلفه‌های پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی به روش آلفای کرونباخ برای ناامیدی ۰/۸۳، درد ذهنی (روان‌شناختی) ۰/۷۵، فرار و اجتناب ۰/۷۶، درماندگی ۰/۶۸، حس تعلق کم ۰/۶۸، بی‌پروایی و نترس بودن ۰/۷۴، تأثیر بین فردی ۰/۷۲، جستجوی کمک و حل مسأله ۰/۷۵، تکانشوری ۰/۷۳ و نمره کل انگیزه برای اقدام به خودکشی ۰/۹۴ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول این پرسشنامه است.

شاخص حساسیت به افسردگی لیندن^۲ (LEIDS): این شاخص یک ابزار خود سنجی است که به منظور ارزیابی سطح واکنش‌پذیری شناختی طراحی شده است. شاخص واکنش‌پذیری شناختی توسط Van der Does (2002) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۴ سؤال خود گزارش‌دهی برای اندازه‌گیری ۶ خرده مقیاس ناامیدی/ خودکشی سؤالات (۵، ۹، ۱۷، ۳۰ و ۳۴)، پذیرش/ مقابله سؤالات (۴، ۱۰، ۱۵، ۲۴ و ۲۸)، پرخاشگری/ خصومت سؤالات (۷، ۸، ۲۱، ۲۲، ۲۶ و ۲۹)، کنترل/ کمال‌گرایی سؤالات (۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۹ و ۳۱)، خطرپذیری سؤالات (۱، ۲، ۱۱، ۱۴، ۲۳ و ۳۴) و نشخوار فکری سؤالات (۱۳، ۲۰، ۲۵، ۲۷، ۳۲ و ۳۳) است. شرکت‌کنندگان به این مقیاس بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای ($0 = اصلاً$ ، $1 = کمی$ ، $2 = نسبتاً$ ، $3 = به شدت$ ، $4 = بسیار شدید$ ، $5 = نمره‌گذاری می‌شود. Solis (2015)$) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه واکنش‌پذیری شناختی پرداخت. نتایج تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که هر ۳۴ گویه پرسشنامه روی ۶ عامل بارگذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس‌ها در این پژوهش به ترتیب برای ناامیدی/ خودکشی ۰/۶۲، پذیرش/ مقابله ۰/۷۹، پرخاشگری/ خصومت ۰/۸۲، کنترل/ کمال‌گرایی ۰/۶۴، خطرپذیری ۰/۸۰ و نشخوار فکری ۰/۸۱ گزارش شده است. در یک پژوهش بین فرهنگی Ostovar et al. (2017) پایایی پرسشنامه را در نمونه ایرانی بر اساس آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ و برای ۶ خرده مقیاس ناامیدی/ خودکشی ۰/۷۹، پذیرش/ مقابله ۰/۸۱، پرخاشگری/ خصومت ۰/۸۳، کنترل/ کمال‌گرایی ۰/۹۱، خطرپذیری ۰/۸۰ و نشخوار فکری ۰/۷۸ گزارش

1- Bartlett's test of sphericity

2- Leiden Index of Depression Sensitivity (LEIDS)

کردند. در پژوهش Ostovar et al. (2017) روایی هم‌زمان این پرسشنامه با مقیاس نگرش ناکارآمد^۱ Weissman and Beck (1978) محاسبه شد، نتایج نشان داد که پرسشنامه واکنش‌پذیری شناختی دارای ضریب همبستگی ۰/۶۹۱ با این مقیاس است.

محتوای ۱۴ جلسه یکپارچه رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در این پژوهش پژوهشگر با تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز سعی در تدوین یک برنامه درمانی جامع داشته است که ساختار جلسات درمانی آن بر اساس راهنمای جامع رفتاردرمانی دیالکتیکی برای خودکشی (Miller, Rathus and Linehan (2007 و Gilbert (2014) تدوین شده است.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آموزش افزایش ثبات ذهنی؛ این جلسه گروهی آغازین، شامل مقدمات و اهداف فرد، یک فعالیت برای شکستن سکوت و آغاز، بیان قواعد گروه، توافقات و مفروضه‌های درمانگر راجع به درمان.
جلسه دوم	مرور تکالیف خانگی، آموزش ذهن آگاهی صحبت راجع به سه حالت ذهنی. ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا، صحبت راجع به سه ساختار مغز: مغز قدیمی، مغز جدید و مغز اجتماعی، پیش‌به‌سوی ذهن خردگرا و اجتماعی همچنین آموزش مهارت-هایی چه، مشاهده، توصیف و مشارکت.
جلسه سوم	مرور تکالیف خانگی، کشت بینش در تجربه‌ی طبیعی ذهن؛ شفقت به‌عنوان یک ذهنیت، یک ذهنیت اجتماعی، ذهنیت رقابت، ذهنیت مراقبت، تمرین، فراخوانی و تحلیل احساسات مثبت و منفی و آموزش مهارت‌های تحمل‌پریشانی در سرواژه ACCEPTS.
جلسه چهارم	مرور تکالیف خانگی، آموزش توجه برگردانی با استفاده از هفت حاکم هیجان‌ها، فعالیت‌ها، ترک کردن، حواس، افکار، کمک کردن، مقایسه تفاوت بین دو ذهنیت شفقت و رقابت برای مراجعین و ارائه هرکدام از نمودارها به آن‌ها برای پی بردن به تفاوت‌ها و آموزش مهارت تحمل‌پریشانی در سرواژه DISTRAC.
جلسه پنجم	مرور تکالیف خانگی، آموزش تحمل‌پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های رهایی از بحران؛ که شامل مهارت‌های موسوم به IMPROVE (بهبود شرایط) و بررسی جوانب مثبت و منفی و ایجاد یا افزایش معنا در زندگی با استفاده از سرواژه SPECIFIC PATHS.
جلسه ششم	مرور تکالیف خانگی، کاشت متانت و نوع‌دوستی در مقابل عدم قضاوت، داستان گیسا گوتامی و تحمل‌پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های دیداری در جلسه ششم با استفاده از یادیار VISION و مفاهیم پایه‌ای پذیرش واقعیت.

1- Dysfunctional Attitude Scale

جلسه هفتم	مرور تکالیف خانگی، درک و قدردانی از دیگران، مهارت‌های چگونگی بدون قضاوت، توأم با ذهن آگاهی، تجربه‌تان را در بهره‌گیری از هر یک از این مهارت‌ها در طول هفته توضیح دهید.
جلسه هشتم	مرور تکالیف خانگی، پرورش محبت و همدلی، هرروز این مراقبت‌ها را نسبت به خود داشته باشید؛ CARES آموزش کارآمدی بین فردی، مهارت GIVE را در موقعیت‌ها امتحان کنید، حمله کردن ممنوع، تهدید کردن ممنوع، قضاوت کردن ممنوع، علاقه‌مندانه عمل کنید، معتبرسازی کنید و آسان‌گیر باشید و راهنمای اعتباربخشی کلامی و غیرکلامی.
جلسه نهم	مرور تکالیف خانگی، آموزش کارآمدی بین فردی مهارت‌های مورد توجه در این جلسه شامل مهارت موسوم به DEARMAN (سرواژه چند مهارت) به‌عنوان روشی در اثربخشی عینی (رسیدن به هدف) یا رسیدن به خواسته را شامل می‌شود.
جلسه دهم	مرور تکالیف خانگی، آموزش کارآمدی بین فردی مهارت‌های مورد توجه در این جلسه شامل مهارت موسوم به FAST به‌عنوان روشی جهت حفظ احترام به خود در روابط می‌شود و ارائه مهارت‌های اعتباربخشی در کارآمدی بین فردی.
جلسه یازدهم	مرور تکالیف خانگی، بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت، سنت لویونگ بین عشق و مهربانی تمایز قائل می‌شود. تمرین شماره ۱؛ چه چیزی در من تغییر کرد؟، تمرین شماره ۲؛ مشاهده‌ی موسیقی، تمرین شماره ۳؛ متعادل نگاه‌داشتن تخم‌مرغ، تمرین شماره ۴؛ تمرکز بر رایحه‌ی دلپذیر، تمرین شماره ۵؛ خوردن کشمش با ذهن آگاهی و تمرین شماره ۶؛ تمرین آب‌نبات تعویضی.
جلسه دوازدهم	مرور تکالیف خانگی، آموزش تنظیم هیجان مدل زیستی، روانی و اجتماعی هیجان‌ات، آموزش مهارت‌های هیجان‌ات در سرواژه (EMOTIONS) و جهت‌دهی به مدل تنظیم هیجان، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، مدلی برای درک تجربه هیجان‌ها، شناسایی موانع تغییر هیجان‌ات و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ات دردناک با استفاده از مهارت موسوم به PLEASEMASTER را در بر می‌گیرد.
جلسه سیزدهم	مرور تکالیف خانگی، آموزش تنظیم هیجان درمان بیماری جسمی، ایجاد تعادل در خوردن، رهایی از داروهای تغییردهنده خلق، اگر در خوابیدن مشکل دارید، از یک برنامه خواب پیروی کنید. ورزش کردن، ایجاد تسلط. آموزش سرواژه اعتماد به هیجان‌ات (TRUST)؛ به هیجان‌ات خود اعتماد کنید، مقاصد و اهداف را جهت‌دهی مجدد کنید، به شخصیتتان رجوع کنید، بدنتان را حس کنید و بیان هیجانی را مهار کنید و در نهایت گام‌های برای افزایش هیجان‌های مثبت.
جلسه چهاردهم	مرور تکالیف خانگی، اهداف (OBJECTIVES) بیرونی، باورها، قضاوت‌کننده‌ها، هیجان‌ات، پیامدها و زمان، درون‌نگری، ارزش‌ها، خاتمه و آشکارسازی، اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت. نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای مدت یک ماه به‌منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسشنامه‌ها.

روند اجرای پژوهش

۱. هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و کسب مجوز پژوهش از مسئولین مراکز درمانی

به شماره IR. KUMS. REC. 1396. 399

۲. برقراری ارتباط اولیه با افرادی که به شیوه مسمومیت دارویی اقدام به خودکشی کرده بودند.
۳. از بین ۴۸ نفر؛ انتخاب تصادفی ۳۲ نفری که متمایل به شرکت در جلسات آموزشی بودند، انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-V) و چک‌لیست ارزیابی خودکشی یافت.
۴. جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها، اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها، توافق درباره هدف‌ها، موضوع، روش اجرای گروهی، شرایط و زمان برگزاری جلسات با هر یک از داوطلبان مصاحبه فردی انگیزشی (مسئولیت‌پذیری، قابلیت همکاری در جلسات و در خارج از جلسات و نیز شرایط ورود به جلسات) انجام گرفت.
۵. تنظیم یک قرار دارد درمانی مبنی بر اینکه شرکت‌کنندگان در فاصله مداخلات درمانی اگر ایده‌پردازی خودکشی را داشتند با درمانگر تماس بگیرند پاسخ دادن شرکت‌کنندگان به فرم رضایت‌نامه آگاهانه.
۶. ارسال دعوت‌نامه به آزمودنی‌های گروه آزمایشی برای شرکت در جلسات آموزشی.
۷. جلسات آموزش گروهی آغاز شد و برای گروه‌های آزمایشی برنامه آموزش یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، در قالب ۱۴ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای که دو بار در هفته برگزار می‌شود تنظیم شد (هر جلسه آموزشی، شامل دو بخش ۵۰ دقیقه‌ای بود و بین هر بخش ۲۰ دقیقه صرف چای و شیرینی شد).
۸. یک هفته پس از اتمام جلسات آموزشی، پس‌آزمون با به کارگیری همان پرسشنامه‌های مورد استفاده در پیش‌آزمون بر روی دو گروه آزمایشی و گواه انجام شد.
۹. پس از پایان پژوهش به‌منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه گواه (لیست انتظار) ۱۰ جلسه مشاوره گروهی برگزار شد. لازم به ذکر است درنهایت از هر گروه به دلیل دریافت خدمات روان‌پزشکی و غیبت بیش از سه جلسه ۳ نفر از مطالعه کنار گذاشته شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد اقدام‌کننده به خودکشی در گروه آزمایشی ۲۳/۶۳ و انحراف استاندارد آن ۶/۵۵ است. همچنین میانگین سنی افراد اقدام‌کننده به خودکشی در گروه گواه ۲۲/۳۰ و انحراف استاندارد آن ۵/۱۳ است. از بین افراد گروه آزمایشی ۶۹/۲۳ درصد (۹ نفر) مجرد و

Table 1.
Mean and standard deviation of the components of cognitive reactivity and Motivations for Suicide Attempts in pre-test and post-test groups

Variables	Examination				Control			
	pre-test		post-test		pre-test		post-test	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
HOP	15.46	1.26	11.46	1.98	16.46	1.12	14.84	1.21
ACC	10.38	1.44	16.30	1.70	11	1.77	12.38	1.75
AGG	16.15	1.46	12.15	1.21	16.84	0.89	15.84	1.34
CTR	17.69	2.09	12.69	1.70	17.76	2.08	16.46	2.14
HAV	18.30	2.09	12.53	1.76	18.15	1.99	16.30	2.49
RUM	18.69	2.09	13.76	1.48	18.76	1.42	17.53	2.14
CR	96.96	4.17	65.15	3.64	99	5.98	75.84	5.57
Hop	12.84	0.80	10	0.86	13.38	1.32	11.76	1.42
Psy	15.23	1.23	12.30	1.25	15	1.08	13.61	1.50
Esc	12.92	1.03	10.53	0.87	13.46	0.87	11.92	1.03
Bu	14.15	0.89	11.38	0.86	14.23	0.92	12.69	0.85
L. B	15.53	1.19	11.38	1.04	15.15	0.80	14	1.15
Fea	14.23	1.16	11.69	0.94	14.53	1.12	13.30	0.94
InI	13	1.15	10.46	0.87	13.46	1.12	12.53	1.05
HSPS	21.61	1.32	18.76	1.16	22.30	1.25	21.23	1.23
Impulsivity	13.23	1.23	10.46	1.26	13.46	1.12	12.30	1.03
IMSA	131.76	2.97	107	2.48	135	3.46	123.38	4.05

Note. HOP = Hopelessness/Suicidality; ACC = Acceptance/coping; AGG = Aggression; CTR = control/ perfectionism; HAV = Harm avoidance; RUM = Rumination; CR= Cognitive reactivity; HOP= Hopelessness; PSY= Psychoache; ESC= Escape; BU= Burdensomeness; L.B= Low Belongingness; FEA= Fearlessness; INI= Interpersonal Influence; HSPS= Help Seeking and Problem-Solving; IMP= Impulsivity; IMSA= Motivations for Suicide Attempts

انحراف استاندارد آن ۵/۱۳ است. از بین افراد گروه آزمایشی ۶۹/۲۳ درصد (۹ نفر) مجرد و ۳۰/۷۶ درصد (۴ نفر) متأهل بودند. همچنین در افراد گروه ۶۱/۵۳ درصد (۸ نفر) مجرد و ۳۸/۴۶ درصد (۵ نفر) متأهل بودند. در گروه آزمایشی ۳۰/۱ درصد (۶ نفر) علت اقدام به خودکشی را مشکلات مالی و اقتصادی، ۳۰/۱ درصد (۴ نفر) مشکلات با خانواده و همسر، ۲۳/۰۷ درصد (۳ نفر) به علت مشکلات روانی از جمله افسردگی و اعتیاد اقدام به خودکشی کرده بودند. همچنین در افراد گروه گواه ۳۸/۴۶ درصد (۵ نفر) به علت مشکلات اقتصادی و مالی، ۳۰/۱ درصد (۴ نفر) به خاطر مشکلات با خانواده و همسر و ۳۰/۱ درصد (۴ نفر) به علت مشکلات روانی از جمله افسردگی، اعتیاد و اختلالات شخصیت اقدام به خودکشی کرده بودند. در افراد گروه آزمایشی ۳۸/۴۶ درصد (۵ نفر) دارای تحصیلات سیکل، ۳۰/۱ درصد (۴)

نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۵/۳۸ درصد (۲ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۱۵/۳۸ درصد (۲ نفر) نیز دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین در گروه گواه ۴۶/۱۵ درصد (۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۳۸/۴۶ درصد (۵ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و ۱۵/۳۸ درصد (۲ نفر) دارای تحصیلات لیسانس بودند.

گروه آزمایشی پس از دریافت مداخله در مؤلفه‌های واکنش‌پذیری شناختی به استثنایی پذیرش /مقابله و انگیزه برای اقدام به خودکشی در پس‌آزمون یک‌روند خطی کاهش را داشته است. برای بررسی تفاوت بین دو گروه از لحاظ واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی و مؤلفه‌های آن از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. بدین‌صورت که نمره‌های پیش‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه گواه، کنترل شد و تحلیل روی نمره‌های پس‌آزمون گروه‌ها انجام گرفت. پیش از بیان نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، لازم است مفروضه‌های مربوط به این روش تحلیل آورده شود.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس، آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس برای متغیر واکنش‌پذیری شناختی با $(F= ۱/۳۷۳, P>۰/۱۲۰)$ و $(BOX= ۳۹/۷۴۵)$ و برای انگیزه برای اقدام به خودکشی با $(F= ۰/۸۰۵, P>۰/۸۱۹)$ و $(BOX= ۶۱/۹۹۷)$ معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به‌درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای مؤلفه‌های واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی، شرط برابری واریانس‌های بین رعایت شده است. با توجه به اینکه حجم نمونه ما کمتر از ۵۰ نفر بود برای بررسی فرض نرمال بودن واریانس‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که در تمام مؤلفه‌های واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی به استثنایی نمره کل این مفروضه رعایت شده است با توجه به اینکه گمارش آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی صورت گرفت می‌توان از این مفروضه برای نمره کل انگیزه برای اقدام به خودکشی چشم‌پوشی کرد. جهت بررسی مفروضه خطی بین پیش-آزمون‌های واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی، به‌عنوان متغیرهای کمکی^۱ و پس‌آزمون‌های آنها به‌عنوان متغیرهای وابسته در از آزمون خطی بودن برای واکنش‌پذیری

1- covariate

شناختی ($F= ۱۳/۹۱۳, P \leq ۰/۰۰۳$) و انگیزه برای اقدام به خودکشی با مقدار ($P \leq ۰/۰۰۱, F= ۲۵/۰۸۴$) استفاده شد که معنی‌دار است. در ضمن در کنار سنجش خطی بودن، انحراف از خطی بودن نیز سنجیده شده که معنی‌دار نیست (درواقع نباید معنی‌دار باشد) بنابراین، مفروضه خطی بودن به‌درستی رعایت شده است؛ مفروضه عدم هم خطی بودن چندگانه^۱ بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) نشان داد که متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها یا پیش‌آزمون‌ها) با یکدیگر همبستگی بالایی ۰/۹۰ ندارند؛ و بالاخره، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون، یعنی، تعامل گروه و پیش-آزمون (متغیر کوواریت) برای انگیزه اقدام برای خودکشی با ($P \geq ۰/۲۹۲, F= ۱/۲۷۹$) و واکنش-پذیری شناختی با ($F= ۱/۰۹۷, P \geq ۰/۳۴۶$) در متغیرهای فوق تأیید گردید.

Table 2.
The results of one-variable covariance analysis (ANCOVA)

Variables	Wilkes Lambda Test	F	Hypothesis DF	Error DF	significance level
CR	0.218	30.20	6	19	0.000
IMSA	0.321	24.66	9	16	0.000

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد بین افراد گروه آزمایشی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، عامل بین آزمودنی‌ها (یکپارچه-سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز) بر واکنش‌پذیری شناختی در مرحله پس‌آزمون ($F= ۰/۲۱۸$ ، لامبدای ویلکز، $p < ۰/۰۰۱$) و بر انگیزه برای اقدام به خودکشی ($F= ۰/۳۲۱$ ، لامبدای ویلکز، $p < ۰/۰۰۱$) اثر معنی‌داری دارد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه (پس‌آزمون) روی متغیر واکنش‌پذیری شناختی ($F= ۳۱/۹۹۷$ و $p \leq ۰/۰۰۱$) و انگیزه برای اقدام به خودکشی ($p \leq ۰/۰۰۱$ و $F= ۱۵۴/۴۹۱$) رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و گروه گواه متفاوت است. به‌عبارت‌دیگر با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت-ورز بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه برای اقدام به خودکشی مؤثر است. با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر برای یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز برای متغیر واکنش‌پذیری شناختی ۵۷ درصد و برای انگیزه برای اقدام به خودکشی ۵۳ درصد

1- multi collinearity

است که این نشان‌دهنده تغییرات در مرحله پس‌آزمون یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در مقایسه با گروه گواه بوده است. همچنین بیشترین میزان اندازه اثر برای مؤلفه پرخاشگری / خصومت به دست آمد (جدول ۳).

Table 3.

The results of one-variable covariance analysis (ANCOVA) on the variables of cognitive reactivity and Motivations for Suicide Attempts

Variables	Sum of Squares	DF	Mean Squares	F	significance level	Effect size
HOP	74.64	1	74.64	27.52	0.000	0.53
ACC	100.03	1	100.03	33.41	0.000	0.58
AGG	88.61	1	88.61	54.00	0.000	0.69
CTR	92.34	1	92.34	24.62	0.000	0.50
HAV	88.34	1	88.34	19.78	0.000	0.45
RUM	91.46	1	91.46	27.18	0.000	0.53
CR	743.11	1	743.11	31.99	0.000	0.57
Hop	20.34	1	20.34	15.11	0.000	0.38
Psy	11.11	1	11.11	5.81	0.000	0.20
Esc	12.46	1	12.46	13.50	0.05	0.36
Bu	11.11	1	11.11	14.94	0.000	0.38
L. B	44.46	1	44.46	36.69	0.000	0.60
Fea	16.96	1	16.96	18.90	0.000	0.44
InI	28.03	1	28.03	29.95	0.000	0.55
HSPS	39.38	1	39.38	27.30	0.000	0.53
Impulsivity	22.15	1	22.15	16.61	0.000	0.41
IMSA	345000.96	1	345000.96	154.49	0.000	0.53

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده بود. نتایج پژوهش نشان داد که، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های واکنش‌پذیری شناختی بین دو گروه یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و گروه گواه تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر (Wang et al., 2017; Martin et al., 2017; Mehlum et al., 2016; Peymannia et al., 2018) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که بخش بزرگی از مهارت‌های

آموزش داده شده در درمان یکپارچه رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز ذهن-آگاهی است که به نوعی توجه کردن به حالات درونی فرد (مانند هیجان و شناخت) در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا است. رشد ذهن‌آگاهی طی آموزش افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادی و خود به خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و فرد وقایع غیرقابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن، پاسخ‌های تنیدگی‌زا کاهش می‌یابد. بنابراین، تمرینات ذهن‌آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این خودآگاهی، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه می‌کند. بنابراین، آرامش جسمی و روحی در فرد به وجود می‌آید. در ذهن‌آگاهی و مهارت‌های تمرین آگاهی لحظه به لحظه‌اش، فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کند به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار واکنش نشان دهد (Mitmansgruber, Beck & Schubler, 2008). به علاوه، ذهن‌آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عادی، واکنش نشان دهند (Teasdale et al., 2000). با عنایت به اینکه رفتار توأم به جرأت‌ورزی موجب توسعه ارتباط موفق و باز و ابراز احساسات مثبت، عشق و قدردانی و افزایش احترام و تکریم خود در مواجهه با دیگران می‌شود، ذهن‌آگاهی می‌تواند ناامیدی/ خودکشی، پذیرش و مقابله و خصومت و پرخاشگری و خطرپذیری را کاهش دهد. همچنین در ذهن‌آگاهی نیز، یکی از تکنیک‌ها مراقبه است. مراقبه فعالیتی از هشیاری ذهنی (شامل عواطف و احساسات، خاطرات و رؤیایها) است. از طریق مراقبه می‌توانیم اشتباهاتمان را بشناسیم و ذهنمان را طوری تنظیم و سازگار کنیم که واقع‌گرایانه‌تر و صادقانه‌تر به تفکر واکنش بپردازد (Thoumas & Wayek, 2008).

همچنین، نتایج نشان داد میانگین‌های نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های انگیزه برای اقدام به خودکشی بین دو گروه یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و گروه گواه تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر (Wang et al., 2017; Martin et al.,)

می‌توان گفت، بیماری‌هایی که دست به خودکشی می‌زنند، مشکلات پایداری در تنظیم هیجانات، کنترل تکانه و بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی و خودانگاره دارند، مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی که خودکشی از ویژگی‌های بارز در آن‌ها است، شدیداً محتاج حضور دیگران‌اند؛ وقتی به سمت دیگران می‌روند، به دلایل متعدد ناکام می‌شوند. این جزر و مد شدید در روابط بین‌فردی و مصائب حاصل از آن، سبب می‌شود تا سکوت و بی‌تفاوتی را به‌عنوان بهترین راه برای تسکین درد ناشی از رابطه‌ها تلقی کنند؛ (حالتی که در نظریه طرح‌واره درمانی یانگ، با عنوان ذهنیت محافظ بی‌تفاوت مشخص می‌شود) ولی این وضع دوام دیرپایی ندارد، چراکه درون‌ریزی‌های مکرر ناکامی‌ها، ذره‌ذره انباشته‌شده و به طغیان‌های ناگهانی خشم منجر می‌شود (Linehan, 1993). از سوی دیگر رفتاردرمانی دیالکتیکی از یک مدل ترکیبی انگیزشی و نقص توانایی ریشه گرفته است که ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان حمایتی، شناختی و رفتاری است. بنابراین، مفهوم راهبرد دیالکتیکی دقیقاً همین برقراری تعادل میان ارتباط گرم متقابل و حمایت‌کننده (تز) در برابر لحنی غیرمؤدبانه و گستاخانه (آنتی‌تز) است. بدین ترتیب، تعادلی میان پذیرش و تغییر رخ می‌دهد که در آن متخصص بالینی پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسأله رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند و با پذیرش بیمار، تغییر او را تسهیل می‌کند و تأکید بر تغییر نیز موجب تسهیل پذیرش می‌شود (Zamani, Farhadi, Jamilian & Habibi, 2014). همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درماندگی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند (McKay, Wood & Brantley, 2007). با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی به افراد اقدام‌کننده به خودکشی کمک می‌کند تا تجربه هیجانی خود را مجدداً ارزیابی و پردازش نموده و به زندگی خود معنای جدیدی ببخشند. این شیوه به افراد اقدام‌کننده به خودکشی یاری می‌دهد تا به‌طور معنی‌داری برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کنند که با نتایج مثبت درمان مشکلات بیماران همراه است. استفاده از تکنیک‌های مانند شناسایی احساس‌های متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام‌سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان دیالکتیکی نیز موجب شده که بیماران

عملکرد بهتری در موضوعات مرتبط با سلامت روانی کسب کنند. اساس مؤلفه آموزش تنظیم هیجان، هیجانی است که خود عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خویشتن است و در این راستا اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک‌شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب حل مسأله، کاهش ناامیدی، درد ذهنی، دریافت حمایت اجتماعی و کاهش تکانشوری می‌شود (Pos & Greenberg, 2007).

در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت، این درمان بر پایه روابط بین سه نوع سیستم تنظیم عاطفی یعنی؛ سائق، امنیت و تهدید است. استفاده از رویکردهای شفقت محور امنیت یا سیستم آرام بخش شفقت محور را افزایش می‌دهد درحالی‌که سیستم سائق (برانگیختگی) و تهدید را کاهش می‌دهد. بنابراین توانایی فعالیت کردن و حرکت در مسیر اهداف ارزشمند افزایش می‌یابد. که این احساس غنا بخشی و معنا دهی مجدد به زندگی را به دنبال دارد که نقطه مقابل ناامیدی و بدبینی است. بنابراین، با آموزش مهارت‌های شفقت به خود به افراد اقدام کننده به خودکشی از سطح سیستم تهدید و برانگیختگی آن‌ها کاسته می‌شود و با انجام تکنیک‌های ذهن‌آگاهی (مانند واریسی بدن، خوردن کشمش با ذهن آگاهی، گسلش عاطفی، بودن در زمان حال و عدم قضاوت) بیشترین توجه را به خودمراقبتی و خودتسکینی می‌دهند که این زمینه‌ساز تحمل پریشانی و رنج ناشی از ناامیدی، تنهایی، فقدان حل مسأله، فرار از خود یا خود بیگانگی و کاهش تکانشوری است (Barghi, Irani, Bagian Kulehmarzi & Bakhti, 2016). لذا سطح تحریک‌پذیری این افراد در برابر محرک‌های برانگیزاننده اقدام به خودکشی (من بی‌ارزشم، من مستحق مردنم، هیچ‌کس به من علاقه ندارد، نمی‌دانم از آینده چه انتظاری دارم، احساس سردرگمی می‌کنم، نمی‌توانم از پس این موقعیت برآیم، باید از موقعیت‌های دردآور اجتناب کنم، تنها راه باقی مانند خودکشی است)، کاهش می‌یابد (Mahmoodnejad, Karbalaie, Meigooni & Sabet, 2018). بنابراین، با تلفیق آموزش شفقت به خود که از روش‌های بسیاری از روان‌درمانی‌های حمایت‌شده تجربی به وجود آمده است با رفتاردرمانی دیالکتیکی تا حد زیادی جوابگوی یک پروتکل نسبتاً جامع برای کاهش انگیزه اقدام به خودکشی در افراد اقدام کننده به خودکشی شدیم.

با این حال با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر افراد اقدام کننده به خودکشی بودند، از این رو، یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش قابلیت تعمیم به سایر گروه‌های سنی و جمعیتی را ندارد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های با

سؤالات زیادی اشاره کرد که بهتر است در پژوهش‌های بعدی از پرسشنامه‌های مشابه با حجم کمتر استفاده کرد. همچنین، محدودیت دیگر این بود که اطلاعات پژوهش حاضر با داده‌های خود گزارش دهی به‌دست‌آمده است. این داده‌ها در معرض سوگیری قرار دارند. بنابراین، بهتر است در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های اندازه‌گیری نظیر مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، مقیاس درجه‌بندی رفتاری و ارزیابی مستقیم رفتار استفاده شود. محدودیت دیگر این پژوهش نداشتن مرحله پیگیری است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن اجرای این مداخله اثربخشی آن در پیگیری‌های ۲، ۴ و ۶ ماهه مورد توجه قرار گیرد تا روند تغییرات طی زمان مشخص شود، پیشنهاد می‌شود تا در سطح مدارس هرساله آزمون‌های غربالگری به عمل آید، تا ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی نوجوانان اعم از دختر و پسر، مواردی که نیاز به مداخله در حیطه‌های سلامت و بهداشت روانی دارند، شناسایی کنند و با کمک سازمان‌های مربوطه و همکاری خانواده‌ها در جهت تعدیل شرایط نوجوانان دارای اختلال‌های روانی و همچنین مشکلات درون خانوادگی آن‌ها گام‌های عملی بردارند تا از وخیم‌تر شدن شرایط آن‌ها و تبدیل شدن آن‌ها به وضعیت آسیب‌های روانی جدی مانند رفتار خودکشی پیشگیری شود، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده اثربخشی الگوی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز روی سایر اختلالات روانی اجرا شود تا اثربخشی درمان‌های التقاطی مشخص شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده پیگیری‌های یک، دو و چندماهه اجرا شود تا ثبات مداخله در طول زمان مشخص شود.

References

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-72.
- Baechler, J. (1979). *Suicides*. Oxford, UK: Basil Blackwell.
- Barghi Irani, Z., Bagian Kulehmarzi, M. J. & Bakhti, M. (2016). Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder. *Contemporary Psychology*, 11(1), 103-117. [Persian]

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Beavers, A. S., Lounsbury, J. W., Richards, J. K., Huck, S. W., Skolits, G. J. & Esquivel, S. L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 18(6), 1-13.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X. & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Journal of Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-114.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2002b). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Chapman, A. L. & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 543-552.
- Delavar, A. (2001). *The method research of psychology and educational*. Tehran: Virayesh Publisher. Pp. 99-117. [Persian]
- Drapeau, C. W., Cerel, J. & Moore, M. (2016). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death studies*, 40(3), 165-71.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 106-118.
- Gilbert P. (2005). *Compassion: Conceptualization, Research and use in Psychotherapy*. New York: Routledge Publication.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Hawton, K. I., Comabella, C. C., Haw, C. & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1), 17-28.
- Holden, R. R. & DeLisle, M. M. (2006). Factor structure of the Reasons for Attempting Suicide Questionnaire (RASQ) with suicide attempters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 1-8.
- Jessica, K. V. V. & Kalnins, G. R. C. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, 4, 295-311.
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.

- Lau, M. A., Segal, Z. V., Williams, J. & Mark, G., Teasdale's, J. D. (2004). Differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior. *Behavior Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*, 1(1), 5-18.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y. & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293.
- Mahmoodnejad, M., Karbalaie, A., Meigooni, M. & Sabet, M. (2018). Prediction of suicidal ideation and interpersonal violence among labor children based on childhood trauma, emotion regulation difficulties and callous-unemotional traits *Journal of Psychological Achievements*, 25(1), 1-22. [Persian]
- Martin, C. G., Leslie, E., Zalewski, R. M. & Cummins, N. (2017). A Dialectical Behavior Therapy Skills Group Case Study on Mothers with Severe Emotion Dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 405-415.
- May, A. M. & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 532-546.
- May, A. M. & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5-20.
- May, A. M., O'Brien, K. M., Liu, R. T. & Klonsky, E. D. (2016). Descriptive and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an inpatient adolescent sample. *Archives of Suicide Research*, 20(3), 476-82.
- McKay, M., Wood, J.C. & Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. New Harbinger, Oakland.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M. & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300.
- Miller, A. M., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford. PP: 117-245.
- Mitmansgruber, H., Beck, M. T. & Schubler, G. (2008). Mindful helper: Experiential avoidance, meta-emotion, and emotion in paramedics. *Journal of Research in Personality*, 15, 345-361.

- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M. & Guymner, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 527-544.
- Ostovar, S., Mariani Binti, M. N., Griffiths, M. D. & Akbari Chermahini, S. (2017). Cognitive Reactivity: Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Persian Version of the Leiden Index of Depression Sensitivity Revised (LEIDS-R) in an Iranian Sample. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*, 621-638.
- Peymannia, B., Hamid, N. & Mhmudalilu, M. (2018). The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of Students with symptoms of Borderline Personality Disorders, *Journal of Psychological Achievements, 25*(1) 23-44. [Persian]
- Pos, A. E. & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 37*, 25-31.
- Raesa, F., Dewulf, B. D., Van Heeringenc, C. & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a nonrandomized waiting list controlled study. *Behavior Research and Therapy, 47*(7), 623-627.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Northfield, NJ: Jason Aronson.
- Simon, T., Swann, A., Powell, K., Potter, L., Kresnow, M., et al. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 49-59.
- Solis, E. (2016). Cognitive reactivity: Structure and validity of the LEIDS-R. Retrieved June 25, 2016, from: <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/32142/Solis-Ericka-S1220551-MA%20Thesis%20CHP.pdf?sequence=1>.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion, 2*(3), 247-274.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Thoumas, J. E. & Wayek, L. A. (2008). *Minding the children with Mindfulness: Abudhist Approach Topromoting well-being in children*. In K, K. K line (Eds). *Authoritative Communities: The scientific case for nurturing whole child* New York: Springer. pp: 246-260.
- Tirch, D. (2012). The Compassionate-Mind Approach to Overcoming Anxiety: Using CFT to Treat Worry, Panic, and Fear. *American Institute for Cognitive Therapy, 38*, 6-29.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F. & Jin, J. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences, 106*, 329-333.

- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Retrieved June 25, 2016, from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED167619.pdf>.
- Zamani, N., Farhadi, M., Jamilian, H. R. & Habibi, M. (2014) Effectiveness of dialectical behavior therapy with the reliance on the components of distress tolerance and emotional regulation in Impulsive Behaviors and Explosive Anger. *Journal of Arak Medical Sciences University*, 17, 53-61. [Persian].

