

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Reducing Suicidal Thoughts (Suicidal Ideations) in Suicide Attempters with a History of Previous Suicide

Narges Zamani ¹, Sima Noohi ², Nushin Nikdel Teimouri ³, Amir Hossein Jahangir ^{4*}

¹ Young Researchers and Elite Club, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

² Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences Tehran Iran

³ Department of Clinical Psychology, Taleghani Educational Hospital, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Clinical Psychology, Taleghani Educational Hospital, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Amir Hossein Jahangir, Department of Clinical Psychology, Taleghani Educational Hospital, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: amirhoseinjahangir@gmail.com, Tel: 09128119383

Received: 2016/06/30 Accepted: 2016/09/1 Online published: 2016/09/1
DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.161

Abstract

Introduction: Suicide as a psychiatric emergency is one of the greatest problems of today's societies. The aim of this study was to investigate the efficacy of dialectical behavior therapy in reducing suicidal thoughts (suicidal ideations) in suicide attempters with a history of previous suicide.

Materials and Methods: The method of this study was a quasi-experimental study with two groups; experimental group and control group. The study population consisted of all patients that had attempted suicide, and were referred to private medical centers during fall and winter of 2012. The sample consisted of 32 females, who had attempted suicide with a score of one standard deviation above the average test grades of suicidal thoughts, had at least intermediate level of education, and history of suicide attempt. Beck's diagnostic interview and structured interviews were performed for all participants. Dialectical behavior therapy for groups, during a four-month period (2 to 2.30 hours per week) was performed. Data were analyzed using analysis of variance with the SPSS software.

Results: The results showed that dialectical behavior therapy significantly reduced the rate of suicide and the score of the experimental group ($P = 0.029$).

Conclusions: Suicidal thoughts can lead to suicide attempts. In the field of treatment of suicidal ideation and those who are living in a state of crisis, dialectical behavior therapy due to its nature, seems to be very efficient and promising.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Suicide, Suicidal Ideations.

©2016 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی باسابقه قبلی

نرگس زمانی^۱، سیما نوحی^۲، نوشین نیکدل تیموری^۳، امیرحسین جهانگیر^{۳*}

^۱ دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران

^۲ مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

^۳ گروه روانشناسی بالینی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بیمارستان طالقانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: امیرحسین جهانگیر، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران،

ایران. ایمیل: amirhoseinjahangir@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۲۸۱۱۹۳۸۳

دریافت: ۱۳۹۵/۴/۱۰ پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۲۴ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۶/۱۱

DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.161

چکیده

مقدمه: خودکشی به‌عنوان یک اورژانس روان‌پزشکی یکی از معضلات بزرگ بشری است. لذا هدف از این مطالعه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی باسابقه خودکشی قبلی بود. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی، با دو گروه آزمایش و گروه گواه است، و جامعه آماری شامل کلیه بیماران اقدام کننده به خودکشی بود که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۱ به مراکز درمانی خصوصی مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ زن اقدام کننده به خودکشی بود که بر اساس اکتساب نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین آزمون افکار خودکشی، حداقل تحصیلات راهنمایی، دامنه سنی و سابقه اقدام به خودکشی و جنس زن انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، آزمون افکار خودکشی بک و آموزش رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی بود که به‌صورت گروهی ۴ ماه (هر هفته ۱ جلسه ۲ تا ۳۰/۲ ساعته گروهی) انجام گرفت. نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس در نرم افزار SPSS تحلیل شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی در کاهش میزان گرایش به خودکشی و کاهش نمره در گروه آزمایش معنی‌دار بوده است ($P = 0/029$).

نتیجه‌گیری: افکار خودکشی می‌تواند منجر به اقدام به خودکشی شود. در حوزه درمان افکار خودکشی و افرادی که در حالت بحران به سر می‌برند، رفتاردرمانی دیالکتیکی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نویدبخش به نظر می‌رسد. **کلمات کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیک، خودکشی، افکار خودکشی

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

خودکشی، عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که به‌عنوان یکی از معضلات اجتماعی در بیشتر جوامع رو به افزایش است [۱]. به‌عبارتی‌دیگر، خودکشی مرگی غیر اتفاقی است که اغلب به دست خود شخص باهدف از بین بردن آگاهانه یا نیمه آگاهانه حاصل می‌شود و این عمل سهوی و بی‌معنی نیست، بلکه می‌تواند با نیازهای برآورده نشده و احساس یاس و ناامیدی ارتباط داشته باشد. اقدام به خودکشی در حدود ۶۵۰۰۰۰ مورد در سال (حدود ۸۰ مورد در روز یا هر ۲۰ دقیقه یک مورد) در ایالات‌متحده آمریکا تخمین زده شده است [۲].

سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization (WHO)) به نقل از لینهان [۳] خودکشی را سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵-۳۴ سال دانست که در سال ۲۰۰۵ از سیزدهمین علت مرگ به ده علت اصلی مرگ‌ومیر در تمام گروه‌های سنی در کشورهای درحال‌توسعه رسید [۴] و تحقیقات دیگری که توسط پالمیر [۵] انجام شد، خودکشی را یکی از هشت علت اصلی مرگ‌ومیر دانست، این زنگ خطر بدین گونه است که نرخ اقدام به خودکشی در جهان از ۴۵ درصد گذشته به ۶۰ درصد افزایش‌یافته است [۶] و همواره در حیطه برجسته‌ترین معضل بهداشت روان مطرح بوده است، به‌گونه‌ای که روز دهم سپتامبر معادل با ۲۰ شهریور توسط سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان روز پیشگیری از خودکشی نام‌گرفته شده است [۷].

افکار خودکشی (Suicidal Ideation) به‌عنوان افکار خودگزارش‌دهی درباره خودکشی، در دامنه‌ای از یک میل مبهم بانفوذ برای مردن تا نقشه کامل خودکشی تعریف می‌شود. این افکار می‌توانند به‌صورت فریاد کمک خواهی جهت رهایی از تنش و حوادث غیرقابل‌تحمل و اجتناب، به رفتار خودتخریبی (Self-Destructive Behavior) تبدیل شوند [۸].

افکار خودکشی منجر به اقدام به خودکشی می‌شود و بیشترین روش اقدام به خودکشی استفاده از دارو بوده است که در مطالعات خودمصرف دارو را به‌عنوان اولین روش اقدام به خودکشی نشان دادند (به نقل از میگونی، کربلایی و همکاران، [۹]؛ و از آنجائی که سابقه اقدام به خودکشی احتمال خودکشی مجدد را تا ۴۰ برابر افزایش می‌دهد [۱۰] می‌توان انجام مجدد خودکشی را در افراد تکانش گر و شخصیت‌های انفجاری به‌منزله درخواست کمک از طرف دیگران دانست که همان مشکل در روابط بین فردی است [۶]. کاهش نشانه‌ها و علائم اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم کاربرد نمایش بلندمدت‌تر و روش‌های درمانی برای رفع

کمبودهای مهارتی اختصاصی نظیر بهوشیاری، کارآمدی بین فردی، تحمل پریشانی (رنج) و تنظیم هیجانی است. در این میان از درمان‌های مختلفی ازجمله دارودرمانی، رفتاردرمانی شناختی، طرحواره‌درمانی، روان پویشی استفاده گردید ولی هیچ‌کدام درمان قطعی این اختلال محسوب نمی‌شدند ولی رفتار درمانگری دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy (DBT) درمانی است که به‌ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خود آسیبی نظیر مجروح کردن خود، افکار خودکشی، میل به خودکشی و تلاش برای خودکشی دارند. رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی (Cognitive Behavioral Therapy (CBT) است. 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 هیجانان خارج از کنترل دست‌وپنجه نرم می‌کنند [۱۱، ۱۲]. 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].

لینهان [۱۳] این روش درمان را مختص بیمارانی معرفی کرد که اختلال آن‌ها در سطح شدید رفتارهای خودکشی، دیگرکشی، رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند رانندگی‌های پرخطر، سکس‌های به‌هم‌ریخته، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی با الگوهای غیرقابل‌کنترل است [۶]. نتایج مطالعات قبلی نشان‌دهنده اثربخشی این الگوی درمانی است. [۳، ۱۳-۱۵] به این نتیجه رسیدند، زنان دارای اختلال شخصیت مرزی اقدام کننده به خودکشی که از رفتار درمانگری دیالکتیکی استفاده کرده بودند، کمتر از زنانی که از درمانگری‌های دیگر استفاده کرده بودند، دست به خودکشی و خودآسیبی عمدی می‌زدند. نتایج پژوهش سولر و همکاران [۱۶] در مورد افراد دچار اختلال شخصیت نشان داد افرادی که در گروه مهارت‌آموزی رفتار درمانگری دیالکتیکی قرار داشتند در مقایسه با گروه درمانگری، کمتر درمان را ترک کردند (۳۴/۵ به نسبت ۶۳/۵). مطالعه میلر و همکاران [۱۷] در مورد استفاده از رفتار درمانگری دیالکتیکی برای نوجوانان دچار اختلال شخصیت مرزی و گرایش به خودکشی، کاهش معناداری در علائم اختلال شخصیت مرزی در هر ۴ مشکل اختصاصی (پریشانی در مورد خود، تکانش‌گری، بی‌ثباتی هیجانی، مشکلات بین فردی) نشان داد. بالاترین مهارت‌های بهبودیافته، مهارت‌های تحمل پریشانی و مهارت‌های ذهن آگاهی بود [۹]. مطالعات مک کویلان و همکاران [۱۸]، میلر و همکاران [۱۹]، در رابطه با افراد دارای گرایش خودکشی صورت گرفته و کارآیی

از گروه نمونه ۱۶ نفر به منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند که این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۸ نفری تقسیم شدند و مشابه به یکدیگر تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی قرار گرفتند. با توجه به ریزش، هر گروه به ۷ نفر تقلیل یافت و ۱۴ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. تماس تلفنی مراجع گروه رفتاردرمانی دیالکتیک با درمانگر از ابتدای درمان تا پایان جلسات گروهی امکان‌پذیر بود، مراجعین می‌توانستند در موقع بروز بحران با درمانگر تماس بگیرند، در این تماس‌ها درمانگر مراجع را به استفاده از مهارت‌ها هدایت می‌کرد، زمان مکالمه کوتاه و حداکثر بین ۱ تا ۱۰ دقیقه بود و بیشتر در جهت کمک به مراجع در اجتناب از رفتارهای خود آسیب‌رسان، فکر، طرح و یا اقدام به خودکشی انجام بود.

از آنجائی که این روش درمانی برای بیماران اقدام کننده به خودکشی اجرا شد و ضمن اینکه این افراد دست‌به‌گریبان هیجان‌های آشفته ساز و دردسرسازی بودند که تأثیر مخرب آسیب‌های ناگوار و غفلت‌های دوران کودکی و افراد دچار درد و رنج هیجانی بود، درمان با مهارت‌های مبتنی بر پذیرش (مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های بهوشیاری) که قلب رفتاردرمانی دیالکتیک است [۲۱] آغاز کردیم و سپس تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر تغییر (مهارت‌های تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) قرار گرفتند.

این درمان بر مبنای کار میتو مک کی، جفری وود و جفری برنتلی (۲۰۰۷) که بر اساس کتاب مهارت‌آموزی لینهان (۱۹۹۳) برنامه‌ریزی شده اجرا شد و برای هر مهارت ۴ جلسه گروهی تشکیل شد [۱۱، ۱۲، ۲۲].

ابزار پژوهش

۱- مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی: مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختاریافته از مجموعه نظام‌داری از سؤالات اختصاصی تشکیل می‌شوند که هدف آن‌ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجع است که به نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد. این مصاحبه به صورت انفرادی قبل از آغاز درمان گروهی، در کلینیک روان‌شناختی همدان زیر نظر روان‌شناس آموزش دیده انجام گرفت و مدت‌زمان آن ۲ جلسه ۱ ساعته بود.

۲- مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicidal Ideation). پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ ماده است. سؤالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع،

رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان این اختلالات به اثبات رسیده است.

با توجه به مطالبی که عنوان شد، رفتار درمانگری دیالکتیکی درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرار گرفته است و نخستین درمان اختصاصی در اختلال شخصیت مرزی است که کارایی آن با دقت بالا و شواهد تجربی گسترده نشان داده شده است. اثربخشی این روش درمانی در بیماران مرزی به گونه‌ای است که از سوی روان‌شناسان و روان‌پزشکان به عنوان یک رویکرد مقاوم به درمان شناخته شده و از سوی بخش روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌پزشکی آمریکا به عنوان یک درمان مؤثر بر اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰]. هدف اساسی این پژوهش تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی است. فرضیه پژوهش عبارت است از: رفتاردرمانی دیالکتیک موجب کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی با سابقه خودکشی قبلی می‌شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی بود. طرح کلی پژوهش، طرح نیمه آزمایشی با دو گروه (یک گروه آزمون و یک گروه کنترل) به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به مدت ۱۶ جلسه ۲ تا ۲/۳۰ ساعته قرار گرفتند در ضمن اینکه به هر یک از افراد هنگام غیبت آموزش خصوصی داده شد و به گروه کنترل آموزشی داده نشد. جامعه آماری مشتمل بر کلیه درمان‌جویان اقدام کننده به خودکشی بود که در مهر، آبان، آذر و دی‌ماه سال ۱۳۹۱ به مراکز درمانی خصوصی مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ زن اقدام کننده به خودکشی بود که ملاک‌های ورود به پژوهش را برآورده می‌کردند. این ملاک‌ها شامل اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون خودکشی بک، حداقل تحصیلات راهنمایی، دامنه سنی ۲۳ تا ۳۳ سال و حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی در گذشته و جنس زن بود.

ملاک حذفی عبارت بودند از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت روش‌های درمانی دیگر بودند.

نمونه‌گیری بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده صورت گرفت. بدین ترتیب که افراد واجد ملاک‌های لازم و ملاک‌های حذفی مورد بررسی قرار گرفتند و سپس افرادی که واجد ملاک‌های مورد نظر بودند در جریان پژوهش قرار گرفتند.

(Self-report) باشد. نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس در SPSS تحلیل شد.

نتایج

این پژوهش در مورد ۲۸ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد، که هریک از گروه‌ها شامل ۱۴ زن مبتلا به افکار خودکشی بود. دامنه سنی افراد شرکت‌کننده در آزمایش بین ۲۳ الی ۳۳ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۷٫۶ و گروه کنترل ۲۸ سال بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P = ۰/۶۸$). میزان تحصیلات آزمودنی‌ها در دو گروه کاملاً همسان بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودکشی آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول آورده شده است. آنالیز کواریانس نشان داد تفاوت بین نمره قبل و بعد در گروه آزمایش معنی‌دار ($P = ۰/۰۰۰$) همچنین تفاوت بین نمره قبل و بعد در گروه کنترل معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۰$). آنالیز کواریانس نشان داد شدت کاهش نمره در گروه آزمایش به صورت معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر است ($P = ۰/۰۰۱$). نتایج **جدول ۱** نشان داد، نمرات قبل $۱/۹۲ \pm ۲۱$ و بعد از آزمون $۲/۸۰ \pm ۹/۲۱$ در گروه آزمایش بیانگر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خودکشی و گرایش به آن بود. بر اساس **جدول ۲**، گرایش به خودکشی در افرادی که تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند، از افراد گروه کنترل کمتر بود ($P < ۰/۰۰۰$).

مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را موردسنجش قرار می‌دهد. در آزمون افکار خودکشی یک پنج سؤال وجود دارد که سؤالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. بر اساس تحلیل عامل با بیماران روان‌پزشکی آشکار شد که مقیاس افکار خودکشی یک ترکیبی از سه عامل است، تمایل به مرگ (۵ سؤال)، آمادگی برای خودکشی (۷ سؤال) و تمایل به خودکشی واقعی (۴ سؤال). ۲ سؤال مربوط می‌شوند به بازدارنده‌هایی برای خودکشی و یا کتمان خودکشی که در هیچ‌یک از سه عامل فوق محاسبه نشده‌اند.

انیسی، فتحی، آشتیانی، سلیمی و احمدی [۲۳] در پژوهشی در مورد ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی یک را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به دست آمده نشان داد که مقیاس یک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۷۶٪ همبستگی دارد، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۹۵٪ و از روش دونیمه ۷۵٪ به دست آمد. بنابراین اعتبار درونی، اعتبار آزمون-باز آزمون و روایی هم‌زمان این مقیاس موردقبول است. سؤالات افکار خودکشی با تعاریف از خودکشی انطباق دارد. شواهد حاکی از آن است که مقیاس افکار خودکشی می‌تواند گزینه معتبری برای اندازه‌گیری افکار خودکشی در قالب خود سنجی

جدول ۱. مقایسه نمرات قبل و بعد از آزمون در گروه آزمایش و کنترل

گروه	نمونه	میانگین	انحراف معیار	P
گروه آزمایشی				
پیش‌آزمون	۱۴	۲۱	۱/۹۲	۰/۰۰۰
پس‌آزمون	۱۴	۹/۲۱	۲/۸۰	
گروه کنترل				
پیش‌آزمون	۱۴	۱۵/۹۲	۱/۲۰	۰/۰۰۰
پس‌آزمون	۱۴	۱۲/۷۸	۱/۱۲	

جدول ۲. جدول آنالیز کواریانس

منبع	نوع سوم مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع حسابی	f	معناداری
پیش‌آزمون	۷۸۰/۰۱۸	۱	۷۸۰/۰۱۸	۲۳۳/۰۱۳	۰/۰۰۰
رفتاردرمانی دیالکتیک	۲۶۱/۴۴۶	۱	۲۶۱/۴۴۶	۷۸/۱۰۱	۰/۰۰۰
خطا	۸۷/۰۳۶	۲۶	۳/۳۴۸		

درمانگری دیالکتیکی (پیش‌آزمون ۲۱ و پس‌آزمون ۹٫۲) در مقایسه با گروه کنترل که هیچ آموزشی دریافت نکردند (پیش‌آزمون ۱۵٫۹ و پس‌آزمون ۱۲٫۷) نشان داد و این

بحث

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران به‌وضوح کاهش در نمرات خودکشی و گرایش به آن را بعد از اجرای رفتار

نباشته‌شده و به طغیان‌های ناگهانی خشم منجر می‌شود [۱۱].
[۱۲، ۲۱].

با توجه به اینکه بسیاری از بیمارانی که دست به خودکشی زده‌اند، شدیداً در برابر نقد حساس هستند آن‌ها نمی‌توانند هیجان و احساس خود را کنترل کنند. چنین افرادی هرگز نیاموخته‌اند چگونه می‌توان برانگیختگی هیجانی را علامت‌گذاری یا کنترل، یا درمان‌دهی هیجانی را تحمل کرد یا چه موقع باید به پاسخ‌های هیجانی به‌عنوان بازتاب تفاسیر معتبر رویدادها اعتماد کرد [۹]. علاوه بر این بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده، مدل زیر ساز رفتاردرمانی دیالکتیک را تأیید کرده و نشان داده‌اند که بیماران مرزی مشکلاتی در تنظیم هیجانی [۱۳]، روابط بین فردی و تحمل پریشانی و رنج تجربه می‌کنند [۲۱].

با توجه به اینکه این رویکرد درمانی برای بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی ابداع شد لذا پژوهش‌های زیاد رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی علائم اختلال شخصیت بررسی شد و نتایجی که نشان‌دهنده عدم اثربخشی باشد یافت نشد. رفتار درمانگری دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درمان‌دهی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند. همچنین با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند. هدف، تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است [۲۲].

اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی در کاهش گرایش به خودکشی را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل خطر ساز در اقدام خودکشی کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی و مشکلات خانوادگی است [۹]. در همین راستا پژوهش گلد و همکاران [۳۰] نیز عوامل خطرزای خودکشی را: مجرد بودن و بیکاری معرفی کرد که از حمایت اجتماعی برخوردار نبوده و مشکلاتی در روابط بین فردی دارند. علاوه بر این طبق پژوهش شیخ‌الاسلامی، کنی، ضیائی [۳۱] از شایع‌ترین عوامل برای اقدام به خودکشی اختلاف بین زوجین (۲۸/۱٪) اختلاف با والدین (۲۵/۴٪) شکست در روابط عاشقانه (۱۰/۶٪) و مشکلات زناشویی (۳۴/۱٪) و خانوادگی (۲۵/۲٪) بوده، اکثریت این افراد در روابط بین شخصی خود با همسر و یا دیگران دچار مشکل بودند، با توجه به این پژوهش‌ها می‌توان نتیجه گرفت، افرادی که از حمایت اجتماعی پایین برخوردارند و افرادی که مشکلاتی در روابط بین فردی دارند بیشتر مستعد افکار خودکشی و انجام آن با تصمیم قبلی هستند و با توجه به این که رفتاردرمانی دیالکتیکی نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان

نشان‌دهنده این است که احتمالاً رفتاردرمانی دیالکتیک موجب کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی می‌شود. طبق اصول این فن درمانی، افرادی که می‌خواهند بمیرند، مهارت‌های لازم را ندارند که زندگی به وجود آورند که ارزش زندگی کردن را داشته باشد [۹]. رفتاردرمانی دیالکتیک از یک مدل ترکیبی انگیزشی و نقص توانایی ریشه گرفته است که ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است بنابراین مفهوم راهبرد دیالکتیکی دقیقاً همین برقراری تعادل میان ارتباط گرم متقابل و حمایت‌کننده (تز) در برابر لحن غیرمؤدبانه و گستاخانه (آنتی تز) است. بدین ترتیب، تعادلی میان پذیرش و تغییر رخ می‌دهد که در آن متخصص بالینی پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئله 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 [۶].

در راستای این نتیجه می‌توان از پژوهش‌های لینهان و همکاران، ورهول و همکاران، وودبری و پاپنو و مک‌کولان و همکاران، کلارکین و کرنبرگ و سولر و همکاران، میلر و همکاران (۲۰۰۰) ون دن و همکاران کروگر و همکاران، [۳، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۴-۲۹] را نام برد که در زمینه اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی در کاهش گرایش به خودکشی و رفتارهای خود آسیبی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی و اختلالات دیگر انجام دادند.

کلارکین و همکاران [۲۵] در مطالعه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی را با رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر انتقال و روان‌درمانی حمایتی در درمان بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی مقایسه کردند، نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر انتقال در کاهش خودکشی و درمان مبتنی بر انتقال و درمان حمایتی در کاهش خشم مؤثر بودند. از میان این سه روش تنها روان‌درمانی مبتنی بر انتقال در کاهش تکانش‌گری، تحریک‌پذیری، خشونت کلامی و خشونت مستقیم مؤثر بود.

بیمارانی که دست به خودکشی می‌زنند، مشکلات پایداری در تنظیم هیجان‌ات، کنترل تکانه و بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره دارند، مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی که خودکشی از ویژگی‌های بارز در آن‌ها است، شدیداً محتاج حضور دیگرانند؛ وقتی به سمت دیگران می‌روند، به دلایل متعدد ناکام می‌شوند. این جزو و مد شدید در روابط بین فردی 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

گیرد پیشنهاد می‌شود اثربخشی هر یک از مهارت‌ها را به صورت جداگانه مورد بررسی قرارداد، علاوه بر این برای بررسی دقیق‌تر اثربخشی در این‌گونه مطالعات که به صورت گروهی انجام می‌گیرد، مطلوب‌تر آن است که علاوه بر مقایسه گروه‌ها، با طرح یک مطالعه تک آزمودنی، عملکرد تک‌تک آزمودنی‌ها را مدنظر قرارداد همچنین پیگیری و تداوم زمانی اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر عملکرد آزمودنی‌ها، بافاصله زمانی مختلف انجام گیرد. این پژوهش فقط در مورد زنان با افکار خودکشی صورت گرفته است. لذا پیشنهاد می‌گردد که چنین پژوهشی روی سایر گروه‌ها با اختلالات مختلف نیز صورت گیرد علاوه بر این پیشنهادها پژوهشی، رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان یک روش مفید و کارآمد در مورد مشکلات ارتباطی به بیماران فاقد مهارت آموزش داده شود به صورت پیشنهاد کاربردی پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه همکاران که در جهت کاهش خودکشی قدم برمی‌دارند کمال سپاسگزاری را داشته باشند چراکه درمان، مشتق از رابطه است، نه تئوری.

References

1. Spirito A, Overholser J, Hart K. Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30(4):604-8. DOI: [10.1097/00004583-199107000-00012](https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00012) PMID: [1890094](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1890094/)
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I Original Edition*: Editorial Benei Noaj; 2008.
3. Linehan MM, Bohus M, Lynch TR. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation- theatrical and practical underpinnings. In: Gross JJ, editor. *Handbook of Emotion Regulation*: Guilford Publications; 2015.
4. Trivedi J, Varma S. *Suicidal Behaviour Assessment of people at-risk*: SAGE publications; 2010.
5. Palmer S. *Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention*: Taylor & Francis; 2014.

مدارانه است و این نگرش دلسوزانه و تاندازه‌ای مدارانه لینهان در قالب یک درمان حمایت‌گرانه ارائه شده است که مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمان‌جو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگانه را به درمان‌جو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند می‌تواند در کاهش افکار و اقدام به خودکشی مؤثر واقع شود. افرادی که افکار خودکشی دارند دچار درد هیجانی و افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند دچار رنج هیجانی هستند و از نکات جالب در رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت بین درد هیجانی و رنج هیجانی است. درد هیجانی واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است؛ اما مسئله از اینجا آغاز می‌شود که افراد نخواهند این درد هیجانی طبیعی را بپذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند و بخواهند سریع از شر آن خلاص شوند و دیگران را مقصر بدانند.

اگر این شرایط وجود داشته باشد درد هیجانی به رنج هیجانی مبدل می‌گردد؛ بنابراین هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی است و برای رسیدن به این هدف مهارت‌های تحمل آشفتگی، بهوشیاری، نظم‌بخشی هیجانی و ارتباط مؤثر را به افراد آموزش می‌دهد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم‌یافته‌ها، تفسیرها و سندهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود. به علت محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی، انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد صورت نگرفته است و برای بررسی دقیق‌تر اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در این‌گونه درمان‌ها که به صورت مجموعه‌ای از مهارت‌هاست و هر یک از مهارت‌ها و فن‌ها می‌تواند به‌طور ویژه مورد بررسی قرار

6. Jamilian HR, Malekiran AA, Farhadi M, Habibi M, Zamani N. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Glob J Health Sci*. 2014;6(7):116.
7. Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi K, Godarzi Z. [Causes of suicide in married women]. *Hayat*. 2006;12(1):47-53.
8. Anderson RN, Smith BL. Deaths: leading causes for 2002. *National vital statistics reports*. 2005;53(17):1-89.
9. Karbalaie Mohammad Meigouni A, Ahadi H, Sharifi HP, 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. *J Appl Psychol*. 20;4(16):25-41.

10. Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*. 1987;150:145-53. DOI: [10.1192/bjp.150.2.145](https://doi.org/10.1192/bjp.150.2.145) PMID: 3307975
11. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*: Guilford Press; 1993.
12. Linehan M. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*: Guilford Press; 1993.
13. Linehan M. *Dialectical Behavior therapy frequently Asked Questions: USA (Seattle)*: Behavioral Tech, LLC; 2008.
14. Dimeff L, Rizvi SL, Brown M, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognit Behav Pract*. 2000;7(4):457-68. DOI: [10.1016/s1077-7229\(00\)80057-7](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(00)80057-7)
15. van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43(9):1231-41. DOI: [10.1016/j.brat.2004.09.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.008) PMID: 16005708
16. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1221-4. DOI: [10.1176/appi.ajp.162.6.1221](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1221) PMID: 15930077
17. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Swenson CR. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*: Guilford Publications; 2006.
18. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*. 2005;56(2):193-7. DOI: [10.1176/appi.ps.56.2.193](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.193) PMID: 15703347
19. Miller A, Rathus J, Linehan M, Watzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal patients. *J Pract Psychiatr Behav Health*. 1997;2(1):76-86.
20. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):459-80. DOI: [10.1002/jclp.20243](https://doi.org/10.1002/jclp.20243) PMID: 16470714
21. Alilo MM, Sharifi MA. *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*: Nardis; 2011.
22. McKay M, Wood J, Brantley J. *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, and Distress Tolerance*: New Harbinger Publications; 2007.
23. Enisi J, Fathi Ashtiyani A, Salimi H, Ahmadi K. Assess the reliability and validity of the Beck Scale for Suicidal Ideation in soldiers. *Military Medicine*. 2005;7(1):33-7.
24. Linehan MM. Development, evaluation, and dissemination of effective psychosocial treatments: Levels of disorder, stages of care, and stages of treatment research: American Psychological Association; 1999.
25. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addict Behav*. 2002;27(6):911-23.
26. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther*. 2009;47(5):353-8. DOI: [10.1016/j.brat.2009.01.013](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013) PMID: 19246029
27. Mazaheri MA, Borjali A, Ahadi H, Golshani F. Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Contemp Psychol*. 2000;5(1):78-96.
28. Kroger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther*. 2013;51(8):411-6. DOI: [10.1016/j.brat.2013.04.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008) PMID: 23727659
29. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*. 2004;42(5):487-99. DOI: [10.1016/S0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00174-8) PMID: 15033496
30. Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes J. *New Oxford Textbook of Psychiatry*: Oxford University Press; 2012.
31. Eslami Nasab A. *Suicide Crisis*: Ferdos; 1996.