

Research Paper

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and Dialectical Behavior Therapy Based on Compassion on Resilience and Motivations for Suicide Attempts in People Attempted Suicide



Mohammad Javad Bagian Kulehmarzi¹, *Jahangir Karami², Khodamorad Momeni², Adele Elahi³

- 1. PhD. Student, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
- 2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
- 3. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.



Citation: Bagian Kulehmarzi, M. J., Karami, J., Momeni, Kh., & Elahi, A. (2018). [The Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and Dialectical Behavior Therapy Based on Compassion on Resilience and Motivations for Suicide Attempts in People Attempted Suicide (Persian)]. *Contemporary Psychology*, 13(1), 26-39. <http://dx.doi.org/10.32598/bjcp.13.1.26>

<http://dx.doi.org/10.32598/bjcp.13.1.26>



Received: 29 Aug 2017
 Accepted: 23 Dec 2017
 Available Online: 21 Mar 2018

Key words:
 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Dialectical behavior therapy, Resilience, Motivation for suicide

ABSTRACT

Objectives The purpose of this study was to examine the effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and integration of dialectical behavior therapy with cognitive therapy based on compassionate-mind on resilience and motivations for suicide attempts. It has a quasi-experimental design with pretest, posttest and 1 month follow-up.

Methods The sample consisted of 48 suicide attempters who volunteered to participate in the study. They were selected from 120 suicidal attempt cases and randomly assigned to two groups of experimental and control. The subjects of the experimental and control groups in the pretest, posttest and follow-up stages completed the resilience to suicide inventory and inventory of motivations for suicide attempts. After collecting data and in order to comply with the ethical considerations, for the members of the control group, 10 group counseling sessions were held. The obtained data were analyzed with multivariate covariance of analysis.

Results Based on the results, CBASP and Integration of dialectical behavior therapy with cognitive therapy based on compassionate-mind are effective on the resilience to suicide and motivations for suicide attempts ($P \leq 0.001$). Also, these results were stable in the follow-up stage.

Conclusion According to the obtained results, this approach can be used along with the medical and other evidence-based treatments for people with attempted suicide as a useful and complementary therapeutic method.

* Corresponding Author:

Jahangir Karami, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

Tel: +98 (918) 1324389

E-mail: j.karami@razi.ac.ir

مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و انگیزه اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده

محمدجواد بگیان کوله مرزی^۱، * جهانگیر کرمی^۲، خدا مراد مومنی^۲، عادل الهی^۲

- ۱- دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
- ۳- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۷ شهریور ۱۳۹۶
تاریخ پذیرش: ۰۲ دی ۱۳۹۶
تاریخ انتشار: ۰۱ فروردین ۱۳۹۷

هدف: این پژوهش با هدف اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تاب‌آوری و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه اجرا شده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۴۸ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی و داوطلب شرکت در مداخله بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین ۱۲۰ اقدام‌کننده به خودکشی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری به پرسش‌نامه تاب‌آوری در برابر خودکشی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه لیست انتظار ۱۰ جلسه مشاوره گروهی برگزار شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر افزایش تاب‌آوری در برابر خودکشی و کاهش انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده اثربخش هستند ($P \leq 0/001$). همچنین نتایج در مرحله پیگیری حفظ شدند.

نتیجه‌گیری: یا توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان از این مداخله‌ها در کنار درمان دارویی و دیگر درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی به‌عنوان روش‌های درمانی مفید و مکمل استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تاب‌آوری، انگیزه اقدام به خودکشی

مقدمه

اغلب پژوهش‌های حوزه خودکشی روی همبسته‌های این پدیده تمرکز داشته‌اند، اما راه دیگر برای بهتر شناختن و پیش‌بینی اقدام به خودکشی، شناخت انگیزه‌های اقدام به خودکشی^۱ است (دراپو، کارل و مور، ۲۰۱۶). درک متداول‌ترین انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌تواند مدل‌های مفهومی خودکشی را غنی و طراحی برنامه‌های پیشگیری و مداخله در خودکشی را تسهیل کند (می و کلونسکی، ۲۰۱۳). نظریه خودکشی شنایدمن^۲ (۱۹۹۳)، مرویجک و وایس (۲۰۱۶) درد روانی^۳ (درد روان‌شناختی) را به‌عنوان انگیزه اصلی اقدام به خودکشی قلمداد می‌کند.

بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا، خودکشی^۱ تلاش آگاهانه به منظور خاتمه‌دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل یک احساس در فرد باقی بماند (لینارس، ۲۰۱۰). آمار خودکشی معمولاً با سایر جرائم و آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی ارتباط پیدا می‌کند؛ به طوری که در میان گروه‌های مبتلا به اعتیاد، افسردگی، اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی و اختلالات طیف اسکیزوفرنی، خودکشی بیشتر دیده می‌شود (سالیوان، آنست، سیمون، لو و دال برگ، ۲۰۱۵).

2. Motivations for suicide attempts
3. Shneidman
4. Psychache

1. Suicide

* نویسنده مسئول:

دکتر جهانگیر کرمی

نشانی: کرمانشاه، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۱۳۲۴۳۸۹ (۹۱۸) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: j.karami@razi.ac.ir

سایکوز (براهلر و همکاران، ۲۰۱۳) و رفتارهای شبه خودکشی (وان ولیت و جینیویو، ۲۰۱۱)، نشان داده‌اند؛ بنابراین، انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به‌ویژه در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت با فرهنگ غرب دارد، ضرورتی برای ساخت رویکردی یکپارچه برای کاهش انگیزه‌های اقدام به خودکشی بود. از سوی دیگر سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی‌رفتاری^{۱۰} که مک‌کالو^{۱۱} (۲۰۱۰) برای درمان افسردگی مزمن طراحی کرده است و مدل درمان بین‌فردی را با درمان شناختی‌رفتاری ترکیب می‌کند. به افراد آموزش می‌دهد چگونه الگوهای رفتاری و شناختی‌شان، مشکلات بین‌فردی را ایجاد و تداوم می‌بخشد (سوان و هول، ۲۰۰۷).

اثربخشی روان‌درمانی تحلیل شناختی‌رفتاری درمان تا کنون برای گستره وسیعی از اختلالات روانی همچون افسردگی مزمن همبود با درد، اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای خودکشی‌گرا، مصرف مواد و رفتارهای اعتیادآور، الکل و اختلال استرس پس از سانحه (مک‌کالو، شرم و بنرتی، ۲۰۱۴)، مشکلات رفتاری کودکان، تعارضات زوج‌ها و اختلالات اضطرابی (دریسکول، کوکروویکس، ریردون و جوی نر، ۲۰۰۴) تأیید شده است. نتایج پژوهش‌های فورکمن^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۶) با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی‌رفتاری بر ایده‌پردازی خودکشی افراد مبتلا به افسردگی مزمن نشان دادند هر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی‌رفتاری بر کاهش ایده‌پردازی خودکشی و علائم افسردگی اثربخش بوده‌اند. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد بین دو درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. وانگ^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش پرخاشگری، تکانشگری و احساس گناه و شرم ناشی از مصرف مواد اثربخش است.

مارتین^{۱۴}، لزی، لازوسکی و کامینز (۲۰۱۷) دریافتند مادران مبتلا به دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، که حداقل دو یا چند تشخیص از اختلالات محور را داشتند، بعد از دریافت مهارت‌های گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی، دشواری هیجانی کمتری داشتند. مهلوم^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۶) در یک پیگیری یک‌ساله نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با مراقبت‌های معمولی، فراوانی رفتارهای خودآسیب‌رسان، ایده‌پردازی خودکشی، ناامیدی،

نظریه فرار^۵ بامیستر (۱۹۹۰)، لی و همکاران (۲۰۱۴) بیان می‌کند که بسیاری از اقدام به خودکشی‌ها برای کاهش خودآگاهی منفی است. در نظریه بین‌فردی^۶ جویئر (۲۰۰۵) دو حوزه فشار ادراک‌شده و احساس تعلق از بین‌رفته، با یکدیگر تعامل می‌کنند و میل به خودکشی را افزایش می‌دهند. دیگر نظریه‌ها به نقش ناامیدی، حل مسئله (می و کلونسکی، ۲۰۱۳)، تکانشگری (می، اوبراین، لیو و کلونسکی، ۲۰۱۶) و تعامل بین‌فردی (می و کلونسکی، ۲۰۱۳) به عنوان انگیزه‌های اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند.

از جمله عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی تاب‌آوری^۷ است. تاب‌آوری عبارت است از توانایی یا قدرت بازگشت به حالت یا موقعیت اولیه، بعد از خمیده‌شدن، فشرده یا کشیده‌شدن و اما در اصطلاح روان‌شناختی، توانایی بهبود سریع بعد از بیماری، افسردگی و ناخوشی است (گودینگ، وود و ترایر، ۲۰۱۰). مفهوم تاب‌آوری در برابر خودکشی^۸ یکی از مفاهیمی است که عثمان^۹ و همکاران (۲۰۰۴) مطرح کردند. مفهوم تاب‌آوری در برابر خودکشی به توانایی ادراک‌شده فرد برای مقابله با افکار خودکشی، در دسترس بودن منابع خارجی و ارزیابی فرد از توانایی‌اش هنگام مواجهه با وقایع منفی اطلاق می‌شود (کاتی رز و همکاران، ۲۰۱۲).

کاهش نشانه‌ها و علائم آشفتگی روان‌شناختی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن مستلزم کاربرد درمان‌های بلندمدت‌تر و روش‌های درمانگری خاص و عمیق‌تر برای رفع کمبود مهارت‌های اختصاصی افراد اقدام‌کننده به خودکشی است. در این میان 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 شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز که سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در بهبودنیافتن هیجان‌های منفی در درمان شناختی‌رفتاری صورت گرفته است (قربانی، واتسون، چن و نوربالا، ۲۰۱۲) می‌تواند این خلأ را پوشش دهد. شفقت، مهارتی است که می‌توان آن را به کسی آموخت و سپس با تمرین آن از سوی افراد، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد را تحت تأثیر قرار داد (برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و بختی، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهش‌ها اثربخشی این رویکردها را بر کاهش مشکلات هیجانی (گیلبرت، ۲۰۱۴)، افسردگی، اضطراب (براینس و همکاران، ۲۰۱۴)، نگرانی، ترس و حملات پانیک (تیرچ، ۲۰۱۲)،

10. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

11. McCullough

12. Forkmann

13. Wang

14. Martin

15. Mehlum

5. Escape theory

6. Interpersonal theory

7. Resilient

8. Resilience to suicide

9. Osman

برای شرکت در جلسات نداشته باشند؛ ۲. فرد متقاضی دریافت کمک‌های دیگری همچون خدمات مددکاری اجتماعی باشد و یا همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر شرکت داشته باشد. ۳. بیمارانی با علائم روان‌پریشی (توهم و هذیان) که سابقه مانیا، هیپومانیا یا عقب‌ماندگی ذهنی داشته باشند و افراد اقدام‌کننده به خودکشی که مداخلات روان‌درمانی سه‌جلسه‌ای از مراکز بهداشتی‌درمانی پس از ترخیص از بیمارستان دریافت کرده بودند از مطالعه خارج شدند.

درباره انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی زیادی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۸ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلور، ۲۰۱۵). در این پژوهش با توجه به الگوی رفتاردرمانی دیالکتیکی میلر، راتوس و لینهان^{۱۸} (۲۰۰۶) برای خودکشی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز گیلبرت^{۱۹} (۲۰۱۴) باید از گروه‌های شش تا هشت‌نفری استفاده شود، ولی برای اینکه پژوهش اعتبار بیرونی زیادی داشته باشد و پژوهشگران به خاطر عمل افت آزمودنی با مشکل تعمیم‌پذیری مواجه نشوند برای هر گروه ۱۶ نفر در نظر گرفته شد. تداخل عمل‌های آزمایشی نیز با ایجاد ملاک ورود و خروج کنترل شد.

ابزار

مصاحبه بالینی بر مبنای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه‌ساختاریافته 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 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این مصاحبه بر اساس الگوی رابرت یافیت از مراجعان انجام شد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری در برابر خودکشی^{۱۹}

این پرسش‌نامه را برای اولین بار عثمان و همکاران (۲۰۰۴) ساختند. این پرسش‌نامه ۲۵ ماده دارد که به سنجش ابعاد محافظ درونی سؤالات (۱ تا ۱۰)، ثبات هیجانی سؤالات (۱۱ تا ۱۹) و محافظ بیرونی سؤالات (۲۰ تا ۲۵) می‌پردازد. در این پرسش‌نامه از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده می‌شود. در یک پژوهش بین‌فرهنگی فنگ، فریدنتال^{۲۰} و عثمان (۲۰۱۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در چین و آمریکا بررسی کردند.

افسردگی و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را کاهش و سطح عملکرد کلی را افزایش می‌دهد.

در مجموع با توجه به تمرکز اولیه روان‌درمانی تحلیل شناختی‌رفتاری بر تعاملات بین‌فردی و حل مسئله اجتماعی به همراه تأکید بر نیازهای هیجانی، توجه هر دو رویکرد به یک نظریه بیوسایکوسوشیال^{۱۶} (زیستی و روانی-اجتماعی) انگیزه‌ای شد که پژوهشگران این درمان را در افراد اقدام‌کننده به خودکشی به کار گیرند و زمینه‌ساز مداخلات بعدی برای پژوهشگران شوند که این علت‌ها ضرورت انتخاب این دو روان‌درمانی را برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی نشان می‌دهد. بر همین اساس این فرضیه‌ها تدوین شد: ۱. سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی‌رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز موجب تاب‌آوری افراد اقدام‌کننده به خودکشی می‌شود و این اثر تا مرحله پیگیری ادامه دارد. ۲. سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی‌رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز موجب کاهش انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی می‌شود و این اثر تا مرحله پیگیری ادامه دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح نیمه‌آزمایشی این پژوهش پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل^{۱۷} است. جامعه آماری این پژوهش را تمام افراد ۱۶ تا ۴۰ ساله اقدام‌کننده به خودکشی به روش مسمومیت دارویی افرادی بودند که اول خودکشی کردند و بعد در بیمارستان بستری شدند شهر کرمانشاه تشکیل می‌دادند. نمونه آماری این پژوهش ۴۸ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه: ۱. افراد نمونه تحقیق اقدام به خودکشی به روش مسمومیت دارویی کرده باشند. ۲. برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده باشند. ۳. سنشان حداقل ۱۶ و حداکثر ۴۰ بوده باشد. ۴. حداقل سطح تحصیلاتشان برای پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه‌ها سیکل بوده باشد. ۵. مصرف دارو یا مداخله‌ای زیستی از سوی روان‌پزشک تا زمان ورود به روان‌درمانی را نداشته باشند. ۶. از شش ماه قبل از ورود به پژوهش از روان‌درمانی دیگری استفاده نکرده باشند. ۷. بر اساس تشخیص پزشکی و روان‌پزشکی فرد بیماری جسمانی و روان‌شناختی (مانند معلولیت جسمانی و یا صرع که مانع شرکت در جلسات شود) نداشته باشند.

معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱. افراد تمایلی

18. Miller, Rathus & Linehan

19. Resilience to Suicide Inventory (RSI-25)

20. Fang, Freedental

16. Biopsychosocial

17. The pre-test, post-test, control group design

میلر و همکاران (۲۰۰۶) برای خودکشی و **گیلبرت (۲۰۱۴)** تدوین شده است. همچنین ساختار جلسات روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری گروهی بر اساس راهنمای جامع سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری **سایق و بنپرتی (۲۰۱۶)** برای افسردگی همراه با ایده‌پردازی خودکشی تدوین شده است که خلاصه جلسات آن در **جدول شماره ۱** آمده است

یافته‌ها

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، داده‌ها بررسی شدند. بدین منظور شش مفروضه تحلیل کوواریانس شامل عادی بودن واریانس‌ها (بررسی با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک)، خطی بودن^{۲۶} (بررسی با استفاده از نمودار پراکندگی)، هم خطی چندگانه^{۲۷} (محاسبه ضرایب همبستگی بین متغیرهای کوواریت‌ها^{۲۸} و نداشتن همبستگی بیشتر از ۰/۹۰)، بررسی داده‌های پرت (استفاده از نمودار باکس ویسکر)، همگنی واریانس‌ها^{۲۹} (نتایج آزمون لوین نشان داد شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد پراکندگی نمرات در هر سه گروه یکسان است. نتایج آزمون باکس نشان داد همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس نیز به‌درستی رعایت شده است) و همگنی شیب‌های رگرسیونی^{۳۰} بررسی شد.

بین متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس‌آزمون) در همه سطوح عامل (یعنی گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم بود و تعامل غیرمعنی‌داری بین متغیر وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) مشاهده شد. پس فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی برقرار است. همان‌طور که در **جدول شماره ۲** مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره متغیرهای تاب‌آوری در برابر خودکشی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (به تفکیک گروه) آمده است. نتایج حاصل از یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در **جدول شماره ۲** آمده است.

اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا نشان داد عامل بین‌آزمودنی‌ها و گروه‌ها بر تاب‌آوری در برابر خودکشی در مرحله پس‌آزمون با $P < 0/001$ و $F_{(۳,۶۳)} = ۲۴/۷۷۳$ و در مرحله پیگیری با $P < 0/001$ ، $F_{(۳,۱۱۷)} = ۱۱/۶۵۸$ و بر انگیزه‌های اقدام به خودکشی در مرحله

آن‌ها پایایی این پرسش‌نامه را در نمونه آمریکایی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌های محافظ درونی، ثبات هیجانی و محافظ بیرونی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کردند. مهدی‌یار و نجاتی (۱۳۹۵) ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۶ و ضریب بازآزمایی آن را در فاصله دو هفته ۰/۸۳ گزارش کردند. در این پژوهش، ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های محافظ درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۵۴، ثبات هیجانی ۰/۹۶۵، عوامل محافظ بیرونی ۰/۹۱۲ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۷۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه انگیزه برای اقدام به خودکشی^{۲۱}

پرسش‌نامه انگیزه برای اقدام به خودکشی **می و کلونسکی^{۲۲} (۲۰۱۳)** یک ابزار خودسنجی ۵۴ سؤالی است. این مقیاس بر اساس طیفی پنج‌درجه‌ای از اصلاً مهم نیست=۱ تا بسیار مهم است=۵ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۵۴ تا ۲۷۰ است. مقیاس انگیزه برای اقدام به خودکشی می و کلونسکی (۲۰۱۳) ترکیبی از ۱۰ عامل ناامیدی، درد ذهنی، فرار و اجتناب، درماندگی، حس تعلق کم، بی‌پروایی و نترس بودن، اثر بین‌فردی، کمک‌طلبی، تکانش‌وری و حل مسئله است. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های در دامنه ۰/۵۵ برای کمک‌طلبی تا ۰/۸۹ و برای تأثیر بین‌فردی قرار داشت.

در این مطالعه به منظور بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه از تحلیل عامل اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^{۳۳} استفاده شد. مقدار کیسیر مایر الکلین^{۳۴} برابر با ۰/۸۱۰ و مقدار مجذور کای انتقال یافته آزمون کرویت بارتلت^{۳۵} برابر با ۴۴۳۳/۹۹۱ به دست آمد که با درجه آزادی ۱۴۳۱ معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$). 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 بین‌فردی ۰/۷۲، جست‌وجوی کمک و حل مسئله ۰/۷۵، تکانش‌وری ۰/۷۳ و نمره کل انگیزه برای اقدام به خودکشی ۰/۹۴ به دست آمد.

در این پژوهش پژوهشگر با تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز سعی در تدوین برنامه درمانی جامعی داشته است که ساختار جلسات درمانی آن بر اساس راهنمای رفتاردرمانی دیالکتیکی

26. Linearity

27. Multicollinearity

28. Covariate

29. Homogeneity of variance

30. Homogeneity of regression

21. Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA)

22. Alexis, May & Klonsky

23. Principal Components Analysis (PCA)

24. Kaiser, Meyer, Olkin

25. Bartlett's Test of Sphericity

جدول ۱. خلاصه جلسات یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری

سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری	رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز
جلسه اول: معرفی اعضای گروه، ره‌وس مطالب جلسات روان‌درمانی، تحلیل شناختی رفتاری گروهی، توافق‌های گروه، ارزیابی نشانه‌های کنونی مراجعان، آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر، ارائه مروری کلی از رویکرد درمانی، ارائه یک ساختار کلی، نمودار خلق‌وخو و راهبردهای کلی دارودرمانی.	جلسه اول: آموزش افزایش ثبات ذهنی؛ این جلسه گروهی، شامل مقدمات و اهداف فرد، یک فعالیت برای شکستن سکوت و آغاز، بیان قواعد گروه، توافقات و مفروضه‌های درمانگر راجع به درمان است.
جلسه دوم: مرور تکالیف خانگی، در چه حوزه بین فردی مشکل داشتید؟ جدول ثبت فعالیت شمع، چرخه افسردگی، ناامیدی، بی‌فعلیتی، بی‌فعلیتی + هیجان‌های منفی + تحمل نکردن پریشانی (رنج و درد هیجانی و روان‌شناختی) منجر به خودکشی می‌شود.	جلسه دوم: مرور تکالیف خانگی، آموزش ذهن آگاهی صحبت راجع به سه حالت ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا، صحبت راجع به سه ساختار مغز قدیمی، مغز جدید و مغز اجتماعی، پیش به سوی ذهن خردگرا و اجتماعی.
جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی، تفکر ناسازگار چگونه می‌تواند به مقابله ناسازگار بینجامد، چطور می‌توانیم این چرخه را بشکنیم؟ تحلیل موقعیتی (پرسش‌نامه ارزیابی مقابله‌ای)، فهم مراحل تحلیل موقعیتی در میان گروه و تمرین یک نمونه تحلیل موقعیتی (SA).	جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی، کشت بینش در تجربه طبیعی ذهن، شفقت به عنوان ذهنیت اجتماعی، رقابت، مراقبت، آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی در سرواژه ACCEPTS.
جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، هفته گذشته چه فعالیت‌هایی انجام دادید؟ دوره اصلاح تحلیل موقعیتی و انجام یک تحلیل موقعیتی مرتبط به روابط بین فردی در آینده با ایفای نقش.	جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، آموزش توجه برگردانی با استفاده از هفت حاکم هیجان‌ها، فعالیت‌ها، ترک کردن، حواس، افکار، کمک کردن، مقایسه و آموزش مهارت تحمل پریشانی در سرواژه DISTRAC.
جلسه پنجم: مرور تکالیف خانگی، هفته گذشته چه فعالیت‌هایی انجام دادید؟ تمرین تحلیل موقعیتی (SA) با دوره‌های فراخوانی و اصلاح استفاده از تحلیل موقعیتی برای درک تأثیر رفتارهای بین فردی.	جلسه پنجم: مرور تکالیف خانگی، آموزش تحمل پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های رهایی از بحران، 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، حوزه بین فردی شما، این حوزه چگونه با دیگر افراد گروه بیان می‌شود؟ استفاده از حوزه بین فردی برای درک تأثیر در میان مجموعه رفتارهای بین فردی ما و اینکه آیا این پیامد دلخواه (DO) شماست.	جلسه ششم: مرور تکالیف خانگی، کاشت منات و نوع دوستی در مقابل قضاوت‌نکردن، داستان گیسو کوتاهی و تحمل پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های دیداری با استفاده از یادیار VISION و مفاهیم پایه‌ای پذیرش واقعیت.
جلسه هفتم: مرور تکالیف خانگی، تمرین تحلیلی موقعیتی (SA) با دوره‌های فراخوانی و اصلاح استفاده از تحلیل موقعیتی برای درک تأثیر رفتارهای بین فردی ما بر دیگران در داخل و خارج از گروه؛ درمانگر از مشارکت فردی منظم با یک تمرین تشخیص بین فردی (IDE) یا پاسخ‌دهی شخصی مشروط (CPR) استفاده می‌کند تا درباره تأثیر یادگیری یک فرد بر دیگری تأکید کند.	جلسه هفتم: مرور تکالیف خانگی، درک و قراردانی از دیگران، مهارت‌های ذهن آگاهی چستی و چگونگی توأم با ذهن آگاهی و توضیح تجربیات فردی در خصوص کسب مهارت‌های ذهن آگاهی.
جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی، درک تعامل بین فردی، چرخه روابط بین فردی، ارزش‌های بین فردی، اثربخشی بین فردی، نیرمخ بین فردی شما چگونه با رفتارهای بین فردی تان در داخل گروه مرتبط است؟ هشت روش ارتباط بین فردی.	جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی، پرورش محبت و همدلی، هر روز این مراقبت‌ها را نسبت به خود داشته باشید CARES آموزش کارآمدی بین فردی، مهارت GIVE را در موقعیت‌ها امتحان کنید.
جلسه نهم: مرور تکالیف خانگی، چرخه روابط بین فردی، پرسش‌نامه مشکلات بین فردی، درک نمرات انتهایی تعارض بین فردی، درک برخی از الگوهای بین فردی معمولی افراد اقدام‌کننده به خودکشی، فکر می‌کنید در تعاملات بین فردی انعطاف‌پذیر هستید یا نه؟ پیامدهای اجتناب از رابطه بین فردی چیست؟	جلسه نهم: مرور تکالیف خانگی، آموزش کارآمدی بین فردی مهارت‌های محل توجه در این جلسه شامل مهارت موسوم به DEARMAN (سرواژه چند مهارت) به عنوان روشی در اثربخشی عینی (رسیدن به هدف) یا رسیدن به خواسته را شامل می‌شود.
جلسه دهم: مرور تکالیف خانگی، تعاملات تکمیلی (مکمل) و غیر تکمیلی (غیرمکمل) چه هستند؟ آیا آنچه از دیگران می‌خواهید را به دست می‌آورید؟ آیا انگیزه‌های پنهان شما دیگران را فراری می‌دهد؟ شما چیست؟ نمونه‌های پاسخ‌دهی شخصی مشروط در روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری گروهی.	جلسه دهم: مرور تکالیف خانگی، آموزش کارآمدی بین فردی مهارت‌های مورد توجه در این جلسه شامل مهارت موسوم به FAST به عنوان روشی برای حفظ احترام به خود در روابط می‌شود و ارائه مهارت‌های اعتباربخشی در کارآمدی بین فردی.
جلسه یازدهم و دوازدهم: مرور تکالیف خانگی، فراهم کردن استفاده از کاربردگرهای تحلیل موقعیتی برای درک آن چیزی که می‌خواهید و یاد گرفتن اینکه چطور آن را به دست بیاورید همچنین اجرای نیرمخ بین فردی.	جلسه یازدهم: مرور تکالیف خانگی، بازنشانی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت تمرین شماره ۱؛ چه چیزی در من تغییر کرد؟ تمرین شماره ۲؛ مشاهده موسیقی، تمرین شماره ۳؛ متعادل نگاه داشتن تخم‌مرغ، تمرین شماره ۴؛ تمرکز بر رایحه دلپذیر، تمرین شماره ۵؛ خوردن کشمش با ذهن آگاهی و تمرین شماره ۶؛ تمرین آبنبات تمویزی.
	جلسه دوازدهم: مرور تکالیف خانگی، آموزش تنظیم هیجان مدل زیستی، روانی و اجتماعی هیجانات، آموزش مهارت‌های هیجانات در سرواژه (EMOTIONS)، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها با استفاده از مهارت موسوم به PLEASEMASTER.

سیستم روان درمانی تحلیل شناختی رفتاری

جلسه سیزدهم و چهاردهم: مرور تکالیف خانگی، آمادگی برای پایان دادن، ارزیابی کردن یادگیری، بازیابی اهدافتان و خداحافظی کردن ادامه روان درمانی تحلیل شناختی رفتاری گروهی، نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای یک ماه به منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسش نامهها.

رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز

جلسه سیزدهم: مرور تکالیف خانگی، آموزش تنظیم هیجان درمان بیماری جسمی، ایجاد تعادل در خوردن، رهایی از داروهای تغییر دهنده خلق، اگر در خوابیدن مشکل دارید از یک برنامه خواب پیروی کنید. ورزش کردن، ایجاد تسلط. آموزش سرواژه اعتماد به هیجانات (TRUST).

جلسه چهاردهم: مرور تکالیف خانگی، اهداف بیرونی (OBJECTIVES)، باورها، قضاوت کننده‌ها، هیجانات، پیامدها و زمان، درون نگری، ارزش‌ها، خاتمه و آشکارسازی، اهداف کوتاه مدت و بلندمدت. نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای یک ماه به منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسش نامهها.

دوفصلنامه روانشناسی معاصر

خودکشی ($F_{(1, 21)} = 23/360$ و $P \leq 0/001$) و مؤلفه‌های انگیزه‌های اقدام به خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر برای ادغام رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تاب‌آوری در برابر خودکشی ۸۲ درصد و برای انگیزه‌های اقدام به خودکشی ۸۸ درصد و سیستم روان درمانی تحلیل شناختی رفتاری برای تاب‌آوری در برابر خودکشی ۷۱ درصد و برای انگیزه‌های اقدام به خودکشی ۸۷ درصد است که این نشان دهنده تغییرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است.

نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی نشان داد در پس‌آزمون

پس‌آزمون با $F_{(18, 318)} = 9/377$ ، $P < 0/001$ و در مرحله پیگیری با $F_{(7, 91)} = 8/270$ ، $P < 0/001$ اثر معنی داری دارد (جدول شماره ۳).

اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بعد از کنترل پیش‌آزمون اثر اصلی گروه (پس‌آزمون و پیگیری) روی تاب‌آوری در برابر خودکشی در مرحله پس‌آزمون ($F_{(2, 33)} = 149/764$ و $P \leq 0/001$) و انگیزه‌های اقدام به خودکشی ($F_{(2, 30)} = 144/838$ و $P \leq 0/001$) معنی دار است. همچنین بین میانگین نمرات پیگیری یکپارچه‌سازی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و سیستم روان درمانی تحلیل شناختی رفتاری روی تاب‌آوری در برابر

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	درمان یکپارچه	CBASP	کنترل	درمان یکپارچه	CBASP	کنترل
ثبات هیجانی	۲۴/۶۱±۲/۰۶	۲۴/۹۲±۲/۶۶	۲۶±۲/۵۴	۳۴/۶۹±۳/۰۶	۳۱/۹۲±۲/۵۶	۳۱/۴۶±۲/۳۶
محافظ درونی	۳۰/۶۹±۱/۶۰	۳۲±۱/۴۷	۲۹/۶۱±۱/۹۳	۴۲/۶۱±۲/۶۹	۴۳±۳/۱۶	۴۲/۵۳±۳/۶۱
محافظ بیرونی	۱۴/۶۱±۱/۵۵	۱۳/۹۲±۱/۷۰	۱۳/۸۴±۱/۶۲	۲۱/۹۲±۲/۵۳	۲۱/۰۷±۲/۱۰	۲۱/۹۲±۱/۵۵
تاب‌آوری	۶۹/۹۲±۴/۲۱	۷۰/۸۴±۳/۰۷	۶۹/۴۶±۱/۸۵	۹۹/۲۳±۵/۷۰	۹۶±۴/۲۲	۹۵/۹۲±۴/۹۹
ناامیدی	۱۲/۸۴±۰/۸۰۰	۱۳/۷۶±۰/۹۲۶	۱۳/۳۸±۱/۳۲	۱۰±۰/۸۶۱	۱۰/۴۶±۱/۱۲	۸/۸۴±۰/۸۰۰
درد ذهنی	۱۵/۲۳±۱/۲۳	۱۴/۶۱±۱/۱۹	۱۵±۱/۰۸	۱۲/۳۰±۱/۲۵	۱۱/۳۰±۱/۱۸	۱۰/۲۳±۱/۰۱
فرار و اجتناب	۱۲/۹۲±۱/۰۳	۱۳/۰۷±۰/۹۵۴	۱۳/۴۶±۰/۸۷۷	۱۰/۵۲±۰/۸۷۷	۱۰/۶۱±۰/۸۶۹	۹/۴۶±۰/۶۶۰
درماندگی	۱۴/۱۵±۰/۸۹۸	۱۴/۴۶±۰/۹۶۷	۱۴/۲۳±۰/۹۲۶	۱۱/۳۸±۰/۸۶۹	۱۱/۶۱±۱/۰۴	۱۱/۷۶±۱/۳۰
حس تعلق کم	۱۴/۵۳±۱/۱۹	۱۴/۶۹±۰/۹۴۷	۱۵/۱۵±۰/۸۰۰	۱۱/۳۸±۱/۰۴	۱۲/۱۵±۱/۲۱	۱۱/۵۳±۱/۱۹
بی‌بروایی	۱۴/۲۳±۱/۱۶	۱۴±۱/۲۹	۱۴/۵۳±۱/۱۲	۱۱/۶۹±۰/۹۴۷	۱۱/۵۳±۰/۹۶۷	۱۱/۶۱±۱/۳۸
تأثیر بین فردی	۱۳±۱/۱۵	۱۳/۲۳±۱/۰۱	۱۳/۴۶±۱/۱۲	۱۰/۴۶±۰/۸۷۷	۱۰/۷۶±۱/۰۱	۹/۷۶±۰/۷۲۵
جست‌وجوی کمک	۲۱/۶۱±۱/۳۲	۲۲/۶۹±۱/۲۵	۲۲/۳۰±۱/۲۵	۱۸/۷۶±۱/۱۶	۱۹/۷۶±۱/۵۸	۱۹±۱/۲۹
تکانشگری	۱۳/۲۳±۱/۲۳	۱۳/۳۰±۱/۱۰	۱۳/۴۶±۱/۱۲	۱۰/۴۶±۱/۲۶	۱۰/۸۴±۱/۲۱	۱۰/۹۲±۱/۳۲
انگیزه اقدام	۱۳۱/۷۶±۲/۹۷	۱۳۳/۸۴±۴/۳۳	۱۳۵±۳/۴۶	۱۰۷±۲/۴۸	۱۰۹/۰۷±۴/۱۵	۱۰۳/۱۵±۲/۱۹

دوفصلنامه روانشناسی معاصر

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

موقعیت	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اتا	توان آماری
پس‌آزمون	ثبات هیجانی	۴۳۶/۲۶۸	۲	۲۱۸/۱۳۴	۴۴/۶۸۹	$P \leq 0.001$	۰/۷۳۰	۱
	محافظ درونی	۹۳۵/۶۳۰	۲	۴۶۷/۸۱۵	۷۲/۹۸۷	$P \leq 0.001$	۰/۸۱۶	۱
	محافظ بیرونی	۲۰۷/۶۵۲	۲	۱۰۳/۸۲۶	۳۲/۷۹۰	$P \leq 0.001$	۰/۶۶۵	۱
	تاب‌آوری	۴۲۶۹/۱۹۲	۲	۲۱۳۴/۵۹۶	۱۴۹/۷۶۴	$P \leq 0.001$	۰/۹۰۱	۱
پیگیری	ثبات هیجانی	۱۷/۰۲۲	۱	۱۷/۰۲۲	۱۹/۲۲۰	$P \leq 0.001$	۰/۴۷۸	۰/۹۸۷
	محافظ درونی	۱۴/۱۳۴	۱	۱۴/۱۳۴	۱۴/۸۴۷	$P \leq 0.001$	۰/۴۱۴	۰/۹۵۷
	محافظ بیرونی	۰/۵۷۶	۱	۰/۵۶۶	۰/۵۶۶	۰/۴۶۰	۰/۰۲۶	۰/۱۱۱
	تاب‌آوری	۷۴/۷۱۹	۱	۲۳/۳۶۰	۲۳/۳۶۰	$P \leq 0.001$	۰/۵۲۷	۰/۹۹۶

ادغام رفتاردرمانی دیالکتیکی ۰/۸۲ سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری ۰/۷۱

اندازه اثر

پس‌آزمون	نامیدی	۱۹/۵۲۹	۲	۹/۷۶۴	۱۶/۵۵۱	$P \leq 0.001$	۰/۵۵۱	۰/۹۹۹
	درد ذهنی	۲۰/۱۳۹	۲	۱۰/۰۶۹	۱۳/۷۴۸	$P \leq 0.001$	۰/۵۰۵	۰/۹۹۶
	فرار و اجتناب	۵/۹۴۰	۲	۲/۹۷۰	۷/۶۸۷	$P \leq 0.002$	۰/۳۶۳	۰/۹۳۲
	درماندگی	۱۰/۴۳۲	۲	۵/۲۱۶	۷/۹۷۹	$P \leq 0.002$	۰/۳۷۱	۰/۹۳۲
	حس تعلق کم	۲۵/۰۷۰	۲	۱۲/۵۳۵	۱۴/۰۰۸	$P \leq 0.001$	۰/۵۰۹	۰/۹۹۶
	بی‌پروایی و نترسیدن	۱۴/۲۷۱	۲	۷/۱۳۶	۱۰/۴۷۳	$P \leq 0.001$	۰/۴۳۷	۰/۹۷۹
	تأثیر بین فردی	۱۷/۰۹۳	۲	۸/۵۴۶	۱۴/۱۷۹	$P \leq 0.001$	۰/۵۱۲	۰/۹۹۷
	جست‌وجوی کمک و حل مسئله	۲۳/۳۷۰	۲	۱۱/۶۸۵	۱۸/۷۰۳	$P \leq 0.001$	۰/۵۸۱	۱
	تکانشگری	۱۹/۵۰۶	۲	۹/۷۵۳	۱۶/۹۷۰	$P \leq 0.001$	۰/۵۵۷	۰/۹۹۹
	انگیزه برای اقدام به خودکشی	۱۳۲۲/۸۵۶	۲	۶۶۱/۴۲۸	۱۴۴/۸۲۸	$P \leq 0.001$	۰/۷۵۶	۱
پیگیری	نامیدی	۱۲/۶۲۲	۱	۱۲/۶۲۲	۱۲/۸۳۵	$P \leq 0.003$	۰/۴۶۱	۰/۹۱۷
	درد ذهنی	۹/۱۵۹	۱	۹/۱۵۹	۶/۸۴۷	$P \leq 0.05$	۰/۳۱۳	۰/۶۸۷
	فرار و اجتناب	۷/۰۹۴	۱	۷/۰۹۴	۸/۱۴۴	$P \leq 0.05$	۰/۳۵۲	۰/۷۶۰
	درماندگی	۱۳/۶۹۶	۱	۱۳/۶۹۶	۳۱/۱۱۴	$P \leq 0.001$	۰/۶۷۵	۰/۹۹۹
	حس تعلق کم	۳/۵۳۲	۱	۳/۵۳۲	۱۱/۵۲۶	$P \leq 0.004$	۰/۴۳۵	۰/۸۸۷
	بی‌پروایی و نترسیدن	۱۰/۵۴۷	۱	۱۰/۵۴۷	۹/۵۱۳	$P \leq 0.008$	۰/۳۸۸	۰/۸۲۲
	تأثیر بین فردی	۱/۸۲۵	۱	۱/۸۲۵	۵/۲۳۵	$P \leq 0.05$	۰/۲۵۹	۰/۵۷۲
	جست‌وجوی کمک و حل مسئله	۲/۵۴۲	۱	۲/۵۴۲	۱۲/۱۵۸	$P \leq 0.003$	۰/۴۴۸	۰/۹۰۳
	تکانشگری	۷/۸۷۶	۱	۷/۸۷۶	۱۱/۹۳۵	$P \leq 0.004$	۰/۴۴۳	۰/۸۹۷
	انگیزه برای اقدام به خودکشی	۶/۹۴۴	۱	۶/۹۴۴	۱/۸۴۱	۰/۱۹۵	۰/۱۰۹	۰/۲۴۶

ادغام رفتاردرمانی دیالکتیکی ۰/۸۸ سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری ۰/۸۷

اندازه اثر

دوفصلنامه روانشناسی معاصر

پیشانی) است. همچنین درباره اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری نتایج بررسی‌ها در مرحله ابتدایی خود برای اختلال افسرده‌خویی (دیستایمیا) همراه با درد، افسردگی اساسی، اختلال شخصیت مرزی، اعتیاد به مواد و الکل، افسردگی همراه با ایده‌پردازی خودکشی، اختلال استرس پس از سانحه و تجربه ترومای اولیه (مک‌کالو و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلالات رفتاری و تعارضات زناشویی (دریسکول و همکاران، ۲۰۰۴) قرار دارد و پژوهشگران هنوز به مطالعات ناهمخوانی برخورد نکردند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در روش رفتاردرمانی دیالکتیکی، افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه‌شده در نظر گرفته می‌شود و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار فکری (اقدام به خودکشی مجدد) را متوقف کنند و از افکار منفی خود فاصله بگیرند. آموزش انعطاف‌پذیری روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری (من بی‌ارزشم، من مستحق مردنم، آینده تیره‌تر است و هیچ روزنه‌امیدی در زندگی من نیست)، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین در چالش با باورهای منفی مربوط به آشفته‌گی هیجانی، کاهش افسردگی، درماندگی و ناامیدی و نشخوار فکری (همیشه به همین منوال نیست، جنگ با گذشته فقط اتلاف وقت است، این لحظه زندگی محصول هزاران تصمیم دیگر است، اشتباه‌گریز ناپذیر است، هیچ انسانی بی‌عیب و نقص نیست، ترس، اضطراب، افسردگی و غمگینی مرا نمی‌کشد، فقط در حال حاضر احساس خوبی ندارم) تأثیر می‌گذارد (سولر و همکاران، ۲۰۰۹).

در تبیین اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری می‌توان گفت، در تحلیل موقعیتی لازم است مراجعان به مراحل گوناگون دربرگیرنده تحلیل موقعیتی بین‌فردی توجه کنند و عملکردهای اجرایی ذهنی‌شده را به کار ببرند که این افراد آن‌ها را ندارند. اهداف سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری کمک به ارزیابی این مؤلفه‌هاست.

آن‌ها یاد می‌گیرند به عناصر واقعیت‌محور یک موقعیت تعاملی مانند ویژگی‌های رفتار غیرکلامی‌شان در موقعیت ایجادشده توجه کنند. نتیجه قابل مشاهده موقعیت واقعی طوری برای بیمار آشکار بود که منجر به آن شد تا افراد به پیامد دلخواه موقعیت که تحت کنترل، واقعی و قابل دسترس باشد در طول فرایند سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری در دو مرحله اجرا و عملیاتی شد که شامل فراخوانی (۱). شما موقعیت را چگونه توصیف می‌کنید؟ ۲. شما موقعیت را چگونه تعبیر و تفسیر کردید؟ ۳. شما به طور مشخص چه کاری انجام دادید و چه گفتید؟ ۴. می‌خواستید از آن موقعیت چه چیزی به دست بیاورید، یعنی نتیجه مطلوبتان چه بود؟ ۵. نتیجه واقعی این موقعیت چه بود؟ ۶. آیا شما آن چیزی را که می‌خواستید به دست آوردید؟ (۷) و اصلاح، رفتارها و تعبیر و تفسیرها یا شناخت‌واره‌ها، محور توجه، تغییر و

رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر شفقت و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و گروه‌گواه در نمرات تاب‌آوری در برابر خودکشی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). همچنین در مرحله پس‌آزمون بین رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر شفقت و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری تفاوتی وجود نداشت. همچنین در مرحله پیگیری بین یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری در مؤلفه‌های تاب‌آوری در برابر خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری بین ادغام رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری در مؤلفه انگیزه‌های اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$).

بحث

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تاب‌آوری در برابر خودکشی و انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده بود. نتایج پژوهش نشان داد در میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های تاب‌آوری در برابر خودکشی بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر (دریسکول و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک‌کالو، ۲۰۱۲؛ مهلوم و همکاران، ۲۰۱۶؛ وانگ و همکاران (۲۰۱۷) و مارتین و همکاران، ۲۰۱۷) همخوانی دارد.

همچنین این پژوهش با نتایج مطالعه آسمند، امامی و والیزاده (۲۰۱۵) و نجارپور و خلعتبری (۲۰۱۵) مبنی بر اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مؤلفه‌های افسردگی جوانانی که اختلال شخصیت مرزی دارند و شاخص‌های سلامت عمومی (افسردگی، اضطراب، نارسانکنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های جسمانی) دانشجویان اثربخش نیست، همخوانی ندارد. در این پژوهش ذکر شده است که روش آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش علائم افسردگی، اضطراب، نارسانکنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های جسمانی گروه آزمایش نشده است.

باعنایت به اینکه یکی از اختلالات روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی، افسردگی است و از آنجایی که اقدام به خودکشی پدیده‌ای با ابعاد زیستی، هیجانی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی است، ناهمخوانی با این مطالعه ممکن است به علت تغییر نکردن سبک زندگی افراد افسرده باشد که برگرفته از عوامل موجود در خانواده، محیط اولیه و تجربیات اجتماعی شدن یا به کارنگرفتن همه مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، کارآمدی بین‌فردی و تحمل

برای خلأ و پوچی، از خودبیگانگی و تغییر ناپذیری فراهم آورد که خود این امر غیر قابل تحمل و زمینه‌ساز انگیزه اقدام به خودکشی می‌شود. پیامد دیگر بد رفتاری هم‌بندی انحراف/عقب ماندگی از رشد بلوغ عاطفی شناختی عادی است (آهر، ۲۰۱۱).

باین حال با توجه به اینکه جامعه مطالعه شده در پژوهش افراد اقدام کننده به خودکشی بودند، یافته‌های به دست آمده در این پژوهش قابلیت تعمیم به دیگر گروه‌های سنی و جمعیتی را ندارد. از جمله محدودیت‌های دیگر، می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه‌های با سؤالات زیاد اشاره کرد که بهتر است در پژوهش‌های بعدی از پرسش‌نامه‌های مشابه با حجم کمتر استفاده شود. همچنین، محدودیت دیگر این بود که اطلاعات این پژوهش با داده‌های خود گزارش دهی به دست آمده است. این داده‌ها در معرض سوگیری قرار دارند.

پیشنهاد می‌شود در سطح مدارس و دانشگاه‌ها هر ساله آزمون‌های غربالگری انجام شود تا ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی نوجوانان و دانشجویان اعم از دختر و پسر، مواردی که نیاز به مداخله در حیطه‌های سلامت و بهداشت روانی دارند، شناسایی شود و با کمک سازمان‌های مربوطه و همکاری خانواده‌ها در مسیر تعدیل شرایط نوجوانانی که آسیب‌های روانی دارند 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 اقدام به خودکشی پیشگیری شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و الگوی یکپارچه‌سازی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی 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.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش بر اساس کدهای اخلاق حرفه‌ای روان‌پزشکان و روان‌شناسان به شماره IR. KUMS. REC. 1396. 399 انجام شده است. برای اجرای ملاحظات ذکر شده، این نکات رعایت شده است:

۱. شرکت افراد در این طرح، داوطلبانه و با گرفتن رضایت‌نامه کتبی؛
۲. ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی شرکت کنندگان؛
۳. احترام به اصل رازداری؛ اطمینان بخشی به شرکت کنندگان مبنی بر عدم ضرر و زیان به دلیل شرکت در این پژوهش؛
۵. تحمیل نکردن هزینه ناشی از شرکت در برنامه‌های آموزشی؛
۶. پیگیری مداخله‌ای در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش یا خروج شرکت کنندگان از پژوهش؛
۷. امکان انصراف

تجدیدنظر قرار می‌گیرند) است. تا به این ترتیب هیجانات، رفتارها و شناخت‌واره‌های جدید مراجع بتوانند در رسیدن به نتیجه مطلوب به او کمک کنند (مک‌کالو و همکاران، ۲۰۱۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد در میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های انگیزه اقدام به خودکشی بین دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر (دریسکول و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک‌کالو، ۲۰۱۲؛ مهلوم و همکاران، ۲۰۱۶؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ مارتین و همکاران، ۲۰۱۷) همخوانی دارد. همچنین این پژوهش با نتایج مطالعات آسمند و همکاران (۲۰۱۵) و نجارپور و خلعتبری (۲۰۱۵) همخوانی ندارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، یکپارچه‌سازی رفتار درمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر پایه روابط بین سه نوع سیستم تنظیم عاطفی، یعنی سائق، امنیت و تهدید است. استفاده از رویکردهای شفقت‌محور امنیت یا آرام‌بخشی شفقت‌محور را افزایش می‌دهد. در حالی که سیستم سائق برانگیختگی و تهدید را کاهش می‌دهد؛ بنابراین توانایی فعالیت کردن و حرکت در مسیر اهداف ارزشمند افزایش می‌یابد. که این احساس غنابخشی و معنادگی مجدد به زندگی را به دنبال دارد که نقطه مقابل ناامیدی و بدبینی است؛ بنابراین با آموزش مهارت‌های شفقت‌ورزی 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 ذهن‌آگاهی، گسلس عاطفی، بودن در زمان حال و قضاوت نکردن) بیشترین توجه را به خودمراقبتی و خودتسکینی می‌دهند که این زمینه‌ساز تحمل پریشانی و رنج ناشی از ناامیدی، تنهایی، فقدان حل مسئله، فرار از خود یا از خودبیگانگی و کاهش تکانش‌وری است.

در تبیین اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری می‌توان گفت، افراد اقدام کننده به خودکشی به طور مداوم یک سابقه رشدی مملو از فاصله گرفتن از افراد مهم زندگی، بدزبانی و بد رفتاری‌های روان‌شناختی (برای مثال بدزبانی و بد رفتاری‌های آسیب‌زننده و تحقیر کننده افراد مهم) از سوی آن‌ها یا آسیب‌های روان‌شناختی هیجانی جدی (برای مثال سوءاستفاده جنسی/جسمی یا بی‌توجهی هیجانی/جسمی و مرگ/ جدایی والدین) (مک‌کالو، ۲۰۱۲) را داشته‌اند. این تجربه‌های بد رفتاری اولیه باعث می‌شود کودکان و نوجوانان از پیامدهای بین فردی اجتماعی فاجعه‌آمیز و قابل پیش‌بینی دوری کنند (تیچر و سمسون، ۲۰۱۳).

کناره‌گیری از دنیای افراد مهم به خاطر حمایت از خود، به دلیل اینکه فرد در تلاش برای جان سالم به‌دربردن از جهنم خانواده است، افراد را به سمت یک زندگی توأم با حبس در تنهایی سوق می‌دهد. این احساس تنهایی می‌تواند زمینه را

شرکت‌کنندگان در صورت تمایل نداشتن به همکاری در هر مرحله از پژوهش؛ و ۸. اجرای جلسات آموزشی برای افراد گواه پس از پایان پژوهش (در صورت تمایل آنان).

حامی مالی

این مطالعه مستخرج از پایان‌نامه دکترای محمدجواد بگیان کوله مرزی از گروه روان‌شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه رازی کرمانشاه است.

مشارکت نویسندگان

مشارکت نویسندگان به این شرح است: نظارت و راهنمایی: جهانگیر کرمی؛ روش‌شناسی و اعتبارسنجی: خدامراد مؤمنی و عادل الهی؛ و مفهوم‌سازی، تحلیل مطالب و تدوین: محمدجواد بگیان کوله مرزی.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع نداشته است.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش، شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ریاست و حراست بیمارستان امام خمینی (ره) و تمامی مسئولینی که در اجرای پژوهش همکاری کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Philadelphia: American Psychiatric Association. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]
- Asmand, P., Mami, S., & Valizadeh, R. (2015). [Effectiveness of dialectical behavior therapy in irrational beliefs treatment, anxiety, depression among young male prisoners who have antisocial personality disorder (Persian)]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 23(1), 35-44
- Barghi Irani, Z., Bagiyan Koulehmarz, M. J., & Bakhti, M. (2016). [The effectiveness of compassion-based cognitive therapy on adjustment of maladaptive paraphrases and reducing negative emotions in students with mental disorders (Persian)]. *Contemporary Psychology*, 11(1), 83-100.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. [DOI:10.1037/0033-295X.97.1.90] [PMID]
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). 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. [DOI:10.1111/bjc.12009] [PMID]
- 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. *Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-14. [DOI:10.1016/j.bbi.2013.11.006] [PMID] [PMCID]
- Delavar, A. (2015). [Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences (Persian)]. Tehran: Roshd.
- 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. [DOI:10.1080/07481187.2015.1107660] [PMID]
- Driscoll, K. A., Cukrowicz, K. C., Reardon, M. L., & Joiner, T. E., (2004). *Simple treatments for complex problems: A flexible cognitive behavior analysis system approach to psychotherapy*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate.
- Fang, Q., Freedenthal, S., & Osman, A. (2014). Validation of the suicide resilience inventory-25 with American and Chinese college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(1), 51-64. [DOI:10.1111/sltb.12108] [PMID]
- Forkmann, T., Brakemeier, E. L., Teismann, T., Schramm, E., & Michalak, J., (2016). The effects of mindfulnessbased cognitive therapy and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy added to treatment as usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 200, 51-7. [DOI:10.1016/j.jad.2016.01.047] [PMID]
- 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(2), 106-18. [DOI:10.1080/10508619.2011.638601]
- Gilbert, P. (2009c). Evolved minds and compassion-focused imagery in depression. In L. Stopa (Ed.), *Imagery and the Threatened Self: Perspectives on Mental Imagery and the Self in Cognitive Therapy* (pp. 206-31). Abingdon: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. [DOI:10.1111/bjc.12043] [PMID]
- Gooding, J. J., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-86. [DOI:10.1016/j.brat.2009.10.007] [PMID]
- Gutierrez, P. M., Freedenthal, S., Wong, J. L., Osman, A., & Norizuki, T. (2012). Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25) in adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 53-61. [DOI:10.1080/00223891.2011.608755] [PMID]
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology Online*, 1(1), 5-18.
- Li, H., Xie, W., Luo, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., et al. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(1), 78-88. [DOI:10.1111/sltb.12056] [PMID]
- Madiyar, M., & Nejati, S. F., (2016). Validation of the suicide resilience inventory. *Health Psychology*, 4(4), 97-108.
- 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), 405-15. [DOI:10.1016/j.cbpra.2016.08.002]
- 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), 532-46. [DOI:10.1111/sltb.12037]
- 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. [DOI:10.1080/13811118.2015.1095688] [PMID] [PMCID]
- McCullough Jr, J. P. (2010). CBASP, the Third Wave and the treatment of chronic depression. *Journal of European Psychotherapy*, 9(1), 169-90.
- McCullough Jr, J. P. (2012). Introduction and state-of-the-art issues for CBASP. In M. Belz, F. Caspar, & E. Schramm (Eds.), *CBASP in Practice: Basic Concepts and New Developments* (Chapter 1). Amsterdam: Elsevier.
- McCullough Jr, J. P., Schramm, E., & Penberthy, J. K. (2014). *CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder: Distinctive features*. Abingdon: Routledge.
- Meerwijkand, E., & Weiss, S. J. (2016). Does suicidal desire moderate the association between frontal delta power and psychological pain? *Peer J*, 4, e1538. [DOI:10.7717/peerj.1538] [PMID] [PMCID]
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tjørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., et al. (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. [DOI:10.1016/j.jaac.2016.01.005] [PMID]
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Najarpour, S., Khalatbari, J. (2015). [The effectiveness of group cognitive therapy and dialectical behavior therapy on students' general health (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar*, 10(38), 17-26.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Early Human Development*, 52(4), 211-4. [DOI:10.1159/000215071] [PMCID]

- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior, 33*(3), 219-30. [DOI:10.1521/suli.33.3.219.23219]
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2004). Suicide resilience inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports, 94*(suppl 3), 1349-60. [DOI:10.2466/pr.94.3c.1349-1360] [PMID]
- Sayegh L., & Penberthy, J. K. (2016). *Group treatment manual for persistent depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Abingdon: Routledge.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 353-8. [DOI:10.1016/j.brat.2009.01.013] [PMID]
- Sullivan, E. M., Annett, J. L., Simon, T. R., Luo, F., & Dahlberg, L. L. (2015). Suicide trends among persons aged 10-24 years-United States, 1994-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 64*(8), 201-5. [PMID] [PMCID]
- Swan, J. S. & Hull, A. M. (2007). The cognitive behavioural analysis system of psychotherapy: A new psychotherapy for chronic depression. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*, 458-69.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry, 170*(10), 1114-33.
- Van Vliet, K. J., & Kalnins, G. R. C. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal selfinjury. *Journal of Mental Health Counseling, 33*(4), 295-311.
- Uher, R. (2011). Genes, environment, and individual differences in responding to treatment for depression. *Harvard Review of Psychiatry, 19*(3), 109-24. [DOI:10.3109/10673229.2011.586551] [PMID]
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences, 106*, 329-33. [DOI:10.1016/j.paid.2016.10.030]

This Page Intentionally Left Blank
