

اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام کننده به خودکشی

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

A. Karbalaee Mohammad Meigouni: Graduated in Psychology, Islamic Azad University, Science & Research Branch
E-mail: karbalaee59@yahoo.com
H. Ahadi: Professor, Islamic Azad University
H.P. Sharifi: Professor, Islamic Azad University
S.M. Jazayeri: Psychiatrist

احمد کربلایی محمد میگونی: دانش‌آموخته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران
حسن احدی: استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران
حسن پاشا شریفی: استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن
سید مجتبی جزایری: روان‌پزشک

چکیده

Abstract

Aim: The purpose of this study was to compare the effects of dialectical behavior therapy accompanied with medical therapy, and medical therapy alone in reducing the rate of suicide attempts in people who have major depression. **Method:** Research method is a semi-experimental socio-statistic approach consisting of experimental group (dialectical behavior therapy accompanied with the medical therapy) and control group (medical therapy). Participants were patients referred to Loghman Hospital, Azadi Mental Hospital and Mehre-Taban Psychological Center in Tehran and who were diagnosis with major depression with suicide ideas. Based on stratified random sampling, 12 patients (seven women and five men) were placed in each group. Research tools included the structured diagnosis interview according to DSM-IV-TR (2000), Beck Depression (2005) and Suicide Inventory (1997). Medical therapy and dialectical behavior therapy were done for seven months (two sessions per week, consisting of 28 individuals sessions & 28 groups sessions). **Results:** Indicate that dialectical behavior therapy accompanied with medical therapy was more effective than medical therapy alone in reducing suicide tendency. **Conclusion:** It could be inferred that the dialectical behavior therapy because of its characteristics may be considered a practical therapeutic technique for working with depressed patients with suicidal tendencies who may be at a critical state.

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش میزان گرایش به خودکشی در بیماران دچار افسردگی اساسی بود. **روش:** روش شبه آزمایشی، با دو گروه آزمایش (رفتار درمانگری دیالکتیکی و دارو درمانگری) و گروه گواه (دارودرمانگری) و جامعه آماری بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های لقمان-الدوله، آزادی و مرکز خدمات روان‌شناختی مهرتابان بود که افسردگی اساسی همایند با افکار خودکشی داشتند. با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در هر گروه تعداد ۱۲ نفر ۷ زن و ۵ مرد انتخاب شد. ابزارهای پژوهش مصاحبه تشخیصی ساختار یافته، براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ۲۰۰۰، آزمون افسردگی ۲۰۰۵ و خودکشی بک ۱۹۹۷ بود. دارودرمانگری و رفتاردرمانگری دیالکتیکی به صورت فردی و گروهی به مدت ۷ ماه (هر هفته دو جلسه مجموعاً ۲۸ جلسه انفرادی و ۲۸ جلسه گروهی) انجام گرفت. **یافته‌ها:** یافته نشان داد رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در کاهش میزان گرایش به خودکشی مؤثرتر از دارودرمانگری به تنهایی است. **نتیجه‌گیری:** در حوزه درمان و زمینه کار با افراد افسرده و افرادی که در حالت بحران به سر می‌برند و گرایش به خود شی دارند، رفتار درمانی دیالکتیکی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نوید بخش به نظر می‌رسد.

Keyword: dialectical behavior therapy, major depression, medical therapy, suicidal ideation

کلیدواژه‌ها: افسردگی اساسی، افکار خودکشی، دارودرمانگری، رفتاردرمانگری دیالکتیکی

مقدمه

گرایش به خودکشی شایع‌ترین وضعیت اضطراری پیش رو در محیط‌های بهداشت روانی و اضطراب‌آورترین رویداد بالینی برای کارورها است. تقریباً یک چهارم از کل روان‌شناسان، خودکشی توسط یک بیمار را در برهه‌ای از مشاغل‌شان تجربه خواهند کرد و تقریباً ۳۰ درصد از روان‌پزشکان و ۲۳ درصد از مشاوران نیز این وضعیت را تجربه می‌کنند. تخمین زده شده است که تقریباً نیمی از خودکشی‌ها توسط افرادی انجام می‌گیرند که در حال حاضر تحت درمان هستند (مورو، برایان و آپولونیو^۱، ۲۰۱۰).

در میان مشکلاتی که درمانگران بالینی با آن روبه‌رو می‌شوند، هیچ‌یک به اندازه خودکشی فوریت ندارد. داده‌ها نشان می‌دهد که خودکشی همچنان یکی از علل پیشتاز مرگ در میان جوانان باقی مانده و رو به افزایش است (رود، جوینز و رجب^۲، ۲۰۰۱، به نقل از فروغان، ۱۳۸۶). خودکشی یکی از هشت علت اصلی مرگ و میر در اغلب کشورهاست و سالی یک میلیون نفر را در جهان طعمه خود می‌کند. احتمالاً آمار واقعی که شامل اقدام به خودکشی و سایر رفتارهای خودکشی‌گرایانه است ۱۰ تا ۲۰ برابر این میزان است (پالمر^۳، ۲۰۰۸). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، خودکشی در میان ده علت اصلی مرگ و میر در تمام گروه‌های سنی در کشورهای در حال توسعه قرار دارد (تریودی و وارما^۴، ۲۰۱۰).

با این وجود درمانگران بالینی برای مقابله با این ژرف‌ترین مشکل بشر به گونه‌ای حیرت‌انگیز فاقد ابزار مناسب‌اند اما درباره اختلال‌هایی نظیر افسردگی و اختلال شخصیت مرزی که خودکشی به شدت با آن‌ها همبسته است، رویکردهای سازمان‌یافته و رهنمودی وجود دارد. متأسفانه هیچ گونه راهبرد مبتنی بر تجربه‌ای که رفتار خودکشی‌گرایانه را مستقیماً و اختصاصاً آماج خود قرار دهد در دسترس درمانگران نبوده است (رود، جوینز و رجب، ۱۳۸۶). استفاده از دارودرمانگری برای پیشگیری از خودکشی براساس اصلی است که دارودرمانگری موفق برای یک اختلال روانی نهفته (معمولاً افسردگی) از خطر تفکر و رفتار خودکشی‌گرایی خواهد کاست. در حال حاضر، مدارک و شواهدی نیز وجود دارند که نشان می‌دهند دارودرمانگری برای مشکلات بهداشت درمانی مزمن و عودکننده می‌تواند کمک مفیدی جهت کاهش میزان خودکشی باشد. ولی این نکته نیز حائز اهمیت است کسانی که در پی کمک هستند، بعید به نظر می‌رسد که انجام عمل خودکشی را مدنظر قرار دهند و نیز این‌که میزان پایین‌تر خودکشی در میان آن‌هایی که

1. Morrow, Bryan & Appolonio
2. Rudd, Joines & Rajab
3. Palmer
4. Trivedi & varma

دارودرمانگری دریافت می‌کنند، به خاطر تأثیرات ویژه داروها نیست، احتمالاً روابط درمانگری شکل گرفته با درمانگران در سیستم بهداشت روانی، عامل مهمتری است (هندن^۱، ۲۰۰۹).

تجویز داروهای ضدافسردگی و داروی روان‌گردان دیگر برای بیماران خودکشی‌گرا در هر دو مورد اولیه و ثانویه، مسئله‌ای است که حمایت و بحث‌های جنجالی را به طرف خود معطوف ساخته است. ورکز و کوآن^۲ (۲۰۰۰ به نقل از هندن، ۲۰۰۹) با اشاره به توضیح فوق این نظریه را تأیید می‌کنند که داروی ضدافسردگی می‌تواند افسردگی نهفته را در بیماران خودکشی‌گرا درمان کند و در نتیجه از خطر خودکشی می‌کاهد. در تأیید نظریه‌ای بر ضد دارودرمانگری، آن‌ها خاطر نشان می‌سازند که برخی داروهای ضدافسردگی می‌توانند خطر خودکشی را افزایش دهند. بنزودیازپین‌ها (برای مثال والیوم^۳ و لیبریوم^۴) که آن‌ها اشاره می‌کنند، می‌توانند خطر خودکشی را افزایش دهند (هندن، ۲۰۰۹). هنوز نگرانی‌هایی در مورد تجویز داروهای ضدافسردگی برای نوجوانان افسرده وجود دارد. متخصصین بالینی بر این اساس تفکیک می‌شوند که آیا داروهای ضدافسردگی را باید به عنوان یک اقدام اولیه برای جوان چندمشکله با گرایش به خودکشی-تجویز کرد یا نه. بنابراین اقدامات رفتاری مؤثر برای این جوانان بسیار لازم و ضروری است (میلر، راتوس و لینهان^۵، ۲۰۰۷). کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی اساسی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم کاربرد درمان‌های بلندمدت‌تر و روش‌های درمانگری خاص و عمیق‌تری برای رفع کمبودهای مهارتی اختصاصی نظیر تنظیم هیجان، کم‌تحملی در برابر رنج (تکانشوری) کنترل خشم و جرات‌ورزی است.

در این میان رفتاردرمانگری دیالکتیکی^۶ درمانی است که به‌ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خودآسیبی نظیر مجروح کردن خود، افکار خودکشی، میل به خودکشی و تلاش برای خودکشی دارند. رفتاردرمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی^۷ است. لینهان^۸ در سال ۱۹۹۳ ابتدا سعی کرد تا از درمانگری رفتاری شناختی استاندارد برای افرادی استفاده کند، که به خودآسیب می‌زنند، به خودکشی اقدام و با هیجانات خارج از کنترل دست و پنجه نرم می‌کنند. هنگامی که رفتار درمانگری شناختی طبق انتظار او عمل نکرد، او و گروه پژوهش‌اش انواع فنون دیگر را به آن افزودند تا این که شیوه‌ای را به

1. Henden
2. Verkez & Cowan
3. Valium
4. Librium
5. Miller , Rattos & Linehan
6. Dialectical Behavior Therapy (DBT)
7. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
8. Linehan

وجود آوردند که بهتر عمل کند (لینهان، ۲۰۰۸). فرضیه اصلی درمان این بود: افرادی که می-خواهند بمیرند، دارای مهارت‌های لازم برای زندگی که ارزش زیستن دارد، نیستند (میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷).

نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی این الگوی درمانی است. لینهان، دیمف، ریزوی و براون^۱ (۲۰۰۰) و لینهان، هیرد و آرمسترانگ^۲ (۱۹۹۸) به نقل از لینهان و همکاران، (۲۰۰۰)، لینهان (۲۰۰۶)، و ورهول، ون دن بوش، کویتز، استیجنن و برینک^۳ (۲۰۰۵) 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، پاسکال، تیان، باراچینا، گیچ و آوارز^۴ (۲۰۰۹) 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) و همچنین بهبود تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی-ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری آن‌ها بهتر از گروه درمانگری استاندارد بود. مطالعه میلر^۵، راتوس و لینهان (۲۰۰۰) 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 (پیشانی در مورد خود، تکانشگری، بی‌ثباتی هیجانی، مشکلات بین‌فردی) نشان داد. بالاترین مهارت‌های بهبودیافته مهارت‌های تحمل پیشانی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی بود.

مک‌کولان، نیکاسترو، گوئنوت، جرارد، لیزنر و فررو^۶ (۲۰۰۵) از رفتار درمانگری دیالکتیکی فشرده برای بیماران که در حالت بحران به سر می‌برند و گرایش به خودکشی داشتند استفاده کردند و آن‌ها طی ۳ هفته به صورت فشرده تحت درمان انفرادی و نیز گروه مهارت‌آموزی قرار دادند. در پایان دوره، شرکت کنندگان بهبود معناداری را در نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس ناامیدی بک نشان دادند. نتایج مطالعه ایورسون، شنک و فروزتی^۷ (۲۰۰۹) اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی در مورد زنان قربانی تجاوز خانگی نشان داد به طور معناداری علائم

1. Dimeff, Rizvi & Brown
2. Armestrong & Heard
3. Verhul, Van den Bosch, Louiss, Schippers, Brink
4. Soler, Pascual, Tiana, Barrachina, Gich & Alvarez
5. Miller & Rathus
6. McQuillan ,Nicastro, Guenot, Girard, Lissner & Ferrero
7. Iverson, Shenk, Fruzzetti

اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در ...

افسردگی، ناامیدی و درماندگی روانی این زنان کاهش و سطح سازگاری آن‌ها افزایش یافته است. کروگر، شوگر، ولریجا، رودریگر، رینکر و رودلف^۱ (۲۰۰۶) با استفاده از درمانگری دیالکتیکی کاهش معناداری را در مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب و تحریک‌پذیری و کنترل خشم و بهبود کلی روند بیماری در بیماران بستری اختلال شخصیت مرزی در پایان دوره و ۱۵ ماه پیگیری (بعد از ترخیص از بیمارستان) گزارش کردند.

مطالعه دیمف و لینهان (۲۰۰۷) نیز اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی را در ۳۴ بیمار بالای ۶۰ سال افسرده مزمن نشان داد. این بیماران ۲۸ هفته داروی بازدارنده انتخابی بازجذب سروتونین^۲ انتخابی به اضافه مدیریت بالینی را یا به تنهایی یا در ترکیب با آموزش مهارت‌های گروه رفتاردرمانگری دیالکتیکی دریافت کردند. نتایج نشان داد که میزان بهبود برای گروه رفتاردرمانگری دیالکتیکی ۷۱ درصد و گروه دارودرمانگری فقط ۴۷ درصد بود. همچنین مطالعه دیمف و لینهان (۲۰۰۷) در مورد اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی بر بزرگسالان افسرده همراه با یکی از اختلال‌های شخصیت، بیانگر این است که گروه دارودرمانگری و رفتاردرمانگری دیالکتیکی به سطح بهبود بیماری، سریع‌تر از گروه فقط با دارودرمانگری می‌رسند.

با توجه به مطالبی که عنوان شد، رفتاردرمانگری دیالکتیکی درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان مورد توجه و کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرار گرفته است. در ایران نیز انجام این پژوهش می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای بررسی و مقایسه تأثیر این درمان بر افراد دچار اختلال افسردگی اقدام‌کننده به خودکشی باشد. درمانگران بالینی و متخصصین مداخله در بحران از نتایج این پژوهش می‌توانند به صورت گسترده‌ای استفاده کنند. هدف اساسی این پژوهش تعیین میزان اثربخشی روش رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش افسردگی همراه با گرایش به خودکشی است. فرضیه پژوهش عبارت است از: رفتار درمانی دیالکتیکی همراه با دارو درمانی در کاهش گرایش به خودکشی در افراد دچار افسردگی اساسی مؤثرتر از دارو درمانی است.

روش

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود. گروه آزمایش از رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری و گروه گواه فقط از دارودرمانگری استفاده کردند. جامعه آماری کلیه درمانجویان دچار اختلال افسردگی اساسی و اقدام‌کننده به خودکشی در مراکز درمانی بیمارستان لقمان‌الدوله، بیمارستان روان‌پزشکی آزادی و مرکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره مه‌رتابان بود. براساس آمار

1. Kroger, Schweiger, Valerija, Ruediger, Rrinecker & Rudolf
2. Selective Serotonin Reuptake Inhibitions (SSRIs)

موجود در بیمارستان و این که در هر ۲۴ ساعت حدود ۸۰ نفر را که ۶۰ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند به بیمارستان می‌آورند که به قصد خودکشی خود را مسموم کرده بودند، و با توجه با این که حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر توصیه شده است (دلاور، ۱۳۸۷)، بر همین اساس در این پژوهش نیز به صورت تصادفی از میان ۱۰۰ نفر ۳۲ نفر انتخاب شد که اقدام به خودکشی کرده و روان‌پزشک و روان‌شناس متخصص از طریق مصاحبه اختلال آن‌ها را افسردگی اساسی تشخیص داده بودند. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۱۶ نفری آزمایش که تحت رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری و گروه گواه که فقط تحت دارودرمانگری قرار گرفتند تقسیم شدند. در نهایت با توجه به ریزش نمونه هر گروه به ۱۲ نفر تقلیل یافت که شامل ۷ زن و ۵ مرد بود. بیماران اقدام‌کننده به خودکشی و دارای اختلال‌هایی مانند دوقطبی، سوء مصرف مواد، شخصیت مرزی، روان‌پریشی و سایر اختلال‌هایی غیر از افسردگی اساسی، حذف شدند. همچنین متغیرهایی مانند سن و جنس کنترل شد.

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 مراجعان است که به نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد. (فلنگن و فلنگن^۱، ۲۰۰۳ به نقل از آوادیس یانس، گاهان، عرب قهستانی و براتی سده، ۱۳۸۹). در این تحقیق برای مصاحبه بالینی از اصول مصاحبه بالینی فلنگن و فلنگن (۲۰۰۳) ترجمه آوادیس یانس و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شده است.

۲. پرسشنامه افسردگی فارسی بک - فرم بازبینی شده^۲. این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی خودگزارش دهی است که برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است (بک، استر و براون^۳، ۱۹۹۶ نقل از قاسم زاده، مجتبابی، شریفی، کرم قدیری و ابراهیم خانی، ۱۳۸۴). نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن، نمره ۱۰ و بالاتر را افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ را افسردگی شدید در نظر می‌گیرند. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۷۳ به دست آمده است (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۴).

1. Flengen & Flengen
2. Beck Depression Inventory (BDI-II)
3. Beck, Estir & Brown

اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در ...

۳. مقیاس سنجش افکار خودکشی بک^۱. مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در هفته گذشته تهیه شده است. انیسی، فتحی، آشتیانی، سلیمی و احمدی (۱۳۸۳) 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 بک را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به دست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی دارد. همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و از روش دو نیمه ۰/۷۵ به دست آمد. بنابراین اعتبار درونی، اعتبار آزمون-بازآزمون و روایی همزمان این مقیاس مورد قبول 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 خودسنجی^۲ باشد.

۴. آموزش رفتار درمانگری دیالکتیکی. رفتار درمانگری دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود که مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است. درمانجویان در رفتار درمانگری دیالکتیکی استاندارد سه شکل اصلی درمان را دریافت می‌کنند: درمان انفرادی، گروه مهارت‌ها و ارتباط تلفنی. در درمان انفرادی، درمانجویان جلسات انفرادی را یکبار در هفته دریافت می‌کنند که معمولاً به اندازه یک الی یک ساعت و نیم است. جلسات روان‌درمانگری هفتگی، با کاوش یک رویداد یا رفتار مشکل‌آفرین یعنی با زنجیره‌ای از رویدادها از هفته قبل، شروع و با بررسی راه‌حل‌های پیشنهادی که به کار رفته‌اند و عواملی که درمانجو را در استفاده از راه‌حل‌های سازگارانه‌تر با مشکل روبه‌رو ساخته‌اند، ختم می‌شود. در طی جلسات و بین آن، درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند. تأکید بر آموزش دادن به بیماران در این مورد است که چگونه می‌توان آسیب‌های هیجانی را کنترل کرد نه این که آن‌ها را کاهش داد یا آن‌ها را از بحران خارج کرد. تماس تلفنی با درمانگر انفرادی میان جلسات، بخشی از روش‌های رفتار درمانگری دیالکتیکی است (لینهان، ۲۰۰۸).

در گروه مهارت‌ها که به صورت کلاس‌های مشاوره گروهی است چهار مهارت بسیار مهم به درمانجویان آموزش داده می‌شود. این چهار مهارت عبارتند از:

- **تحمل درماندگی.** با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌های جدید تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده، به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند.

1. Beck Scale for Suicidal Ideation

2. self-report

- **ذهن آگاهی.** با تمرکز کمتر بر تجربیات دردناک گذشته یا وقایع احتمالی وحشتناک آینده کمک می کند تا فرد لحظه فعلی را کامل تر تجربه کند. ذهن آگاهی ابزار غلبه بر قضاوت های همیشگی و منفی درباره خود را در اختیار تان قرار می دهد (مارا^۱، ۲۰۰۴).
 - **مهارت های تنظیم هیجان.** کمک می کند تا فرد احساس خود را دقیق تر تشخیص دهد و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن بررسی کند. هدف، تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است
 - **اثر بخشی میان فردی.** ابزاری جدید را برای بیان نظرات و نیازها، تعیین محدودیت ها، و بحث درباره راه حل مشکلات در اختیار می گذارد، و تمام آن ها ضمن حمایت از روابط و رفتاری محترمانه با سایرین انجام می شود (مک کی، وود و برنتلی^۲، ۲۰۰۷).
- ۵. روش اجرای پژوهش.** پس از گزینش، آزمودنی ها به آزمون افسردگی بک و آزمون خودکشی بک به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. گروه گواه تحت دارودرمانگری زیر نظر متخصص روان پزشکی و گروه آزمایش علاوه بر دریافت دارو، توسط روان شناس تحت رفتاردرمانگری دیالکتیکی قرار گرفت. این درمان برمبنای کار لینهان و دیمف (۲۰۰۷) برای یک دوره ۷ ماهه برنامه ریزی شده بود. به این صورت که بیماران هفته ای یک جلسه به صورت انفرادی با درمانگر ملاقات و در مورد مسائل و مشکلات پیش آمده و افکار و هیجانات خود صحبت می کردند. این بیماران در یک جلسه دیگر در هفته به صورت گروهی مهارت های رفتاردرمانگری دیالکتیکی را آموزش می دیدند. به این صورت که آموزش ۴ مهارت رفتاردرمانگری دیالکتیکی در طول دوره درمانی ۷ ماهه برنامه ریزی شد و هر مهارت در طول ۷ هفته به بیماران آموزش داده می شد. به این ترتیب که در طول جلسه اول مهارت های پرت کردن حواس از رفتارهای خودتخریبی، تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی، ترک موقعیت، خودآرامی با حس بویایی، خودآرامی با حس بینایی آموزش داده شد.
- جلسه دوم خودآرامی با حس شنوایی، خودآرامی با حس چشایی، خودآرامی با حس لامسه، ایجاد طرح های آرمیدگی شناختی، تجسم محل امن آموزش داده شد. جلسه سوم تن آرامی کنترل شده، کشف مجدد ارزش ها، جلسه چهارم تنفس آگاهانه، جملات خودتصدیقی، ایجاد راهبردهای سازگاری جدید، ایجاد یک برنامه سازگاری فوری و جلسه پنجم تشخیص هیجان ها، غلبه بر موانع سر راه هیجان های سالم، «هیجان ها و رفتارهای خودآسیبی، فریب دادن دیگران» آموزش داده شد.

1. Marra

2. McKay, Wood & Brantly

اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در ...

جلسه ششم کاهش آسیب پذیری بدنی پر خوری و کم خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب پذیری شناختی، جلسه هفتم افزایش هیجان های مثبت، جلسه هشتم شناسایی قدرت بالاتر و وصل شدن به آن، زندگی در زمان حال، گوش کردن به حال، جلسه نهم استفاده از افکار انطباقی خودتشویقی، پذیرش بنیادی، جلسه دهم مهار فکر و هیجان، جلسه یازدهم استفاده از افکار کنار آمدن، متعادل ساختن افکار و احساسات، جلسه دوازدهم فهرست فعالیت های لذت بخش، توجه به هیجانات بدون قضاوت و داوری کردن، جلسه سیزدهم قرارگیری در برابر هیجان، کارکردن خلاف میل های هیجانی، حل مشکل آموزش داده شد.

جلسه چهاردهم تکنیک بی فکری، تمرکز بر یک دقیقه منفرد، تمرکز بر یک شی منفرد، نوار نور، ثبت چند دقیقه ای افکار، گسلس فکر، جلسه پانزدهم تجربه درونی - بیرونی، توصیف هیجان های، فهرست هیجان های احساس شده رایج، تغییر تمرکز، تنفس آگاهانه، جلسه شانزدهم هشیاری آگاهانه از هیجان ها، چگونگی اتخاذ تصمیم های ذهن آگاهانه، جلسه هفدهم پذیرش بنیادی، قضاوت های منفی، جلسه هیجدهم ذهن آغازگر، برچسب ها و قضاوت ها، گسلس قضاوتی، جلسه نوزدهم قضاوت در مقابل زمان حال، ارتباط آگاهانه با دیگران، جلسه بیستم جملات «من» آگاهانه، آگاه بودن در زندگی روزمره، مقاومت ها و موانع تمرین های ذهن آگاهی، افزایش مهارت های ذهن آگاهی با استفاده از مهربانی و رحم، جلسه بیست و یکم توجه به وسعت و آرامش، ذهن آگاهی از مکان درون و بیرون، برگشت به سمت آرامش و سکوت آموزش داده شد.

جلسه بیست و دوم توجه و دقت قابل ملاحظه، توجه مراقبتی، رفتار غیرفعال و تهاجمی، تعریف و تعیین شیوه و الگوی خود، فن «من می خواهم» ، آن ها می خواهند»، بایدها، شکل گیری و ساخت مهارت، مهارت های کلیدی میان فردی، تعیین ارزش های میان فردی، فنون تاثیر گذاری بر دیگران، جدول تعارضی، جلسه بیست و سوم عادت های قدیمی از نوع غیر فعال، احساسات سخت، احساسات و رفتارهای نشانه، شکست و ناکامی در زمینه تعیین نیازها، جلسه بیست و چهارم ترس، ارزیابی خطر، برنامه ریزی و خطر، روابط سمی و زهرآلود، اسطوره ها، آگاهی در مورد آنچه می خواهید، جلسه بیست و پنجم تعادل هیجان، ایجاد درخواست های ساده، نسخه های جرات مندی «من می اندیشم، من احساس می کنم، من می خواهم»، جلسه بیست و ششم به کارگیری مهارت های شنیداری مشخص، گفتن واژه نه، جلسه بیست و هفتم غلبه بر مقاومت و تعارض «تأیید متقابل، قطع موارد ثبت شده»، جستجو و کنکاش، دوری از واقعیت، تأخیر قطعی و جلسه بیست و هشتم گفتگو، تجزیه و تحلیل مشکلات در تعاملات آموزش داده شد.

یافته‌ها

این پژوهش در مورد ۲۴ نفر در دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید، که هریک از گروه‌ها شامل ۷ زن و ۵ مرد بود. دامنه سنی افراد شرکت کننده در آزمایش بین ۲۰ الی ۳۵ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۷ و گروه کنترل ۲۵ سال بود. حداقل تحصیلات آزمودنی‌ها دیپلم بود. وضعیت تاهل و یا مجرد آزمودنی‌ها مورد نظر آزمایشگران نبود و این متغیر کنترل نشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی و خودکشی آزمودنی‌ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی به تفکیک گروه پژوهشی و گروه گواه و نوبت اجرا

پیش آزمون		پس آزمون		مراحل گروه‌ها
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۳۶/۸۳	۷/۲۸۴	۱۶/۴۲	۶/۱۸۶	رفتار درمانگری دیالکتیکی+ دارودرمانگری
۳۲/۵۸	۶/۳۳۱	۲۶/۲۵	۷/۳۰	دارودرمانگری

با توجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون به ترتیب (۳۶/۸۳ و ۷/۲۴۸) و در مرحله پس آزمون (۱۶/۴۲ و ۶/۱۸۶) و برای گروه گواه در مرحله پیش آزمون (۲۶/۲۵ و ۷/۳۰) و در مرحله پس آزمون (۳۲/۵۸ و ۶/۳۳۱) است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره خودکشی به تفکیک گروه پژوهشی و گروه گواه و نوبت اجرا

پیش آزمون		پس آزمون		مراحل گروه‌ها
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۲۰/۵۸	۷/۲۶۷	۷/۵۰	۴/۷۳۹	رفتار درمانگری دیالکتیکی+ دارودرمانگری
۱۹/۰۰	۳/۹۳۱	۱۶/۵۰	۶/۱۱۳	دارودرمانگری

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودکشی گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون به ترتیب (۲۰/۵۸ و ۷/۲۶۷) و در مرحله پس آزمون (۷/۵۰ و ۴/۷۳۹) و برای گروه گواه در مرحله پیش آزمون (۱۹/۰۰ و ۳/۳۹۱) و در مرحله پس آزمون (۱۶/۵۰ و ۶/۳۱۱) است.

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس یک‌راهه تک متغیری استفاده شده است. پیش از انجام تحلیل کواریانس پیش فرض‌های مربوطه مبنی بر: ۱. برابری واریانس‌ها

اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در ...

۲. خطی بودن رابطه بین متغیر کووریت و متغیر وابسته ($F_{(1,22)} = 2/725, p > 0/05$)؛
 ۳. همگنی شیب‌های رگرسیونی ($F_{(1,20)} = 1/813, p > 0/05$) و ($F_{(1,20)} = 1/607, p < 0/01$)
 نشان دهنده شرایط مناسب برای اجرای تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش است. با توجه به برقراری پیش فرض‌های آزمون پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون، میانگین پس‌آزمون‌ها برای گروه رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری ۷ و برای گروه دارودرمانگری ۱۷ برآورد و با استفاده از تحلیل کوواریانس مقایسه و نتایج در جدول ۳ گزارش شد.

جدول ۳. خلاصه تجزیه و تحلیل کواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۹۹/۸۳۴	۱	۲۹۹/۸۳۴	۱۷/۵۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۶
روش درمانگری [رفتار درمانگری دیالکتیکی+دارودرمانگری - دارودرمانگری]	۵۸۸/۲۷۶	۱	۵۸۸/۲۷۶	۳۴/۴۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۲
خطا	۳۵۸/۱۶۶	۲۱	۱۷/۰۵۶			

براساس جدول ۳ گرایش به خودکشی در افرادی که تحت رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری قرار گرفته بودند، از افراد افسرده‌ای که فقط تحت دارودرمانگری بودند، کمتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران به وضوح کاهش در نمرات خودکشی و گرایش به آن را بعد از اجرای رفتار درمانگری دیالکتیکی (پیش‌آزمون: ۲۰/۵۸ و پس‌آزمون: ۷/۵۰) در مقایسه با دارودرمانگری (پیش‌آزمون: ۱۹ و پس‌آزمون: ۱۶/۵۰) نشان داد که خود مؤید اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی است طبق اصول این فن درمانی، افرادی که می‌خواهند بمریند، مهارت‌های لازم را ندارند که زندگی‌ای به وجود آوردند که ارزش زندگی کردن را داشته باشد. در رفتار درمانگری دیالکتیکی از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک اقدام به خودکشی و رفتارهای مختل کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند. درمانجو فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌ای خلاق تر است. این یکی از دلایلی است که رفتار درمانگری دیالکتیکی در کاهش گرایش به خودکشی در این پژوهش ثمربخش بوده است، در راستای این نتیجه می‌توان از پژوهش‌های لینهان و همکاران (۲۰۰۰) و

لینهان، هیرد و آرمسترانگ^۱ (۱۹۹۸) به نقل از لینهان و همکاران، (۲۰۰۰)، لینهان (۲۰۰۶)، ورهول و همکاران (۲۰۰۳)، وودبری و پاپنو^۲ (۲۰۰۸) و مک کولان و همکاران (۲۰۰۵) نام برد که در زمینه اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش گرایش به خودکشی و رفتارهای خودآسیبی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی و اختلالات دیگر انجام دادند.

در این پژوهش بعد از اجرای رفتاردرمانگری دیالکتیکی در نمرات افسردگی بیماران (پیش-آزمون: ۳۶/۸۳ و پس-آزمون: ۱۶) در مقایسه با دارودرمانگری (پیش-آزمون: ۳۲/۵۸ و پس-آزمون: ۳۰/۵۸) و به همان نسبت در گرایش به خودکشی کاهش چشمگیری دیده شد. از آنجا که افسردگی خود یک عامل بالقوه و خطرناک برای گرایش به خودکشی و اقدام به خودکشی است، استوارت، دوناگی و ایمی^۳ (۲۰۰۸) پژوهشی را جهت رابطه افکار خودکشی با عوامل شخصیتی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند متغیرهایی که مربوط به تحریک‌پذیری و حساسیت است، بزرگترین پیش‌بینی‌کننده افکار و اقدام به خودکشی است. چنگ، چان و یوت^۴ (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی در مورد ناامیدی، افسردگی و عوامل خطرناک دیگر در افکار و اقدام به خودکشی به این نتیجه رسیدند که افسردگی و ناامیدی یک خطر بالقوه برای اقدام به خودکشی است. وایلد، فلیشر و لامبارد^۵ (۲۰۰۸) در رابطه با اقدام نوجوانان به خودکشی دریافتند عزت نفس پایین و افسردگی بالا خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. شابرول، رودگر و روسیو^۶ (۲۰۰۷) در بررسی عوامل خطرناک اقدام به خودکشی در بیماران افسرده به این نتیجه رسیدند حوادث اضطراب‌آور زندگی، اختلال‌های خانوادگی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده و یا اختلال‌های روانی، حمایت ناکافی اجتماعی، آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی، مشکلات مدرسه، رفتارهای پرخطر، اختلالات خلقی، ناامیدی، بدبینی و کاهش عزت نفس از عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند. آندور و گیب^۷ (۲۰۱۰) در مورد رابطه بین اقدام به خودکشی و خودآسیبی عمدی به این نتیجه رسیدند، بیماران که سابقه خودآسیبی دارند میزان مرگبار بودن نیتشان برای اقدام به خودکشی بیشتر از کسانی است که چنین سابقه‌ای ندارند. علاوه بر این زمانی که تکرار خودآسیبی افزایش می‌یابد، نمره مربوط به مرگبار بودن اقدام به خودکشی هم افزایش می‌یابد. دیلئو، اید و کلوس^۸ (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که هر قدر سابقه اقدام به

1. Armstrong & Heard
2. Woodbery & Popenoe
3. Stewart, Donaghey & Ebmeier
4. Cheung, Chan, Liu & Yip
5. Wild, Flisher & Lombard
6. Chabrol, Rodger & Rousseau
7. Andover & Gibb
8. DeLeo, Ide & Keloss

اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در ...

خودکشی بیشتر باشد به همان میزان خطر اقدام موفق به خودکشی بالاتر می‌رود و فقط کمتر از ۳۰ درصد از موارد گزارش شده به بیمارستان‌ها بعد از اقدام به خودکشی نجات یافته‌اند.

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 درماندگی هیجانی را تحمل کرد یا چه موقع باید به پاسخ‌های هیجانی به عنوان بازتاب تفاسیر معتبر رویدادها اعتماد کرد. رفتار درمانگری 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. 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 (مک‌کی و همکاران، ۲۰۰۷). این عوامل باعث شد که در این پژوهش بعد از اجرای رفتار درمانگری دیالکتیکی در مقایسه با دارودرمانگری کاهش چشمگیری در نمرات افسردگی بیمارانی ایجاد شود و رفتار درمانگری دیالکتیکی در بهبود افسردگی بیمارانی و کاهش گرایش آن‌ها به خودکشی ثمربخش باشد. در راستای این نتیجه می‌توان از پژوهش‌های میلر و همکاران (۲۰۰۰)، ون دن بوش، کوتر، استیجنن، ورهول و برینک^۱ (۲۰۰۲) و کروگر، شوگر، ولریجا، رودریگر، رینکر و ردولف^۲ (۲۰۰۶) نام برد که همگی مؤید اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی و مهارت‌آموزی گروهی آن در کاهش تکانشگری، خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری در افراد مورد مطالعه است.

اثر بخشی 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. در همین راستا پژوهش کلوس، اید و دی لئو^۳ (۲۰۱۰) نیز رابطه بین افکار خودکشی و جدایی زناشویی را در مردان و زنان نشان دادند و این نتیجه رسیدند، افرادی که از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند سلامت روانی کمتری دارند و بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند. بنابراین چون رفتار درمانگری دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت‌گراانه ارائه می‌شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای

1. VanDen Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & Brink

2. Kroger, Schweiger, Valerija, Ruediger, Reinecker & Rudolf

3. Kolves, Ide & De leo

سازگاران را به درمانجو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند، می‌تواند در کاهش اقدام بیماران دچار افسردگی اساسی به خودکشی مؤثر باشد. ورگر، برابیس، کاوس، لاول، ویلانی و رویلون^۱ (۲۰۰۷) نیز نشان دادند شناسایی افکار و اقدام به خودکشی با طول مدت مشاوره رابطه مثبتی دارد و بر آموزش بیماران در این مورد تأکید و بیان کردند که چگونه آن‌ها می‌توانند آسیب‌های هیجانی را کنترل کنند نه این که فقط آن را کاهش دهند. یا با استفاده از مهارت اثربخشی میان‌فردی ابزاری جدید برای بیان نظرات و نیازها، تعیین محدودیت‌ها و بحث درباره راه حل مسئله در اختیار درمانجویان قرار می‌گیرد که از طریق آن می‌توانند ضمن حمایت از روابط شان، رفتاری محترمانه با سایرین داشته باشند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۰۷).

در زمینه استفاده از دارودرمانگری جهت کاهش رفتار خودکشی، در این پژوهش دارودرمانگری اگرچه میزان گرایش به خودکشی را کم کرد ولی این اثر به اندازه زمانی که دارودرمانگری همراه با رفتاردرمانگری دیالکتیکی ارائه شد نبود و تفاوت بین دو گروه معنادار بود. نتیجه به دست آمده را می‌توان با اشاره به پژوهش‌ها و مطالعاتی که به آن اشاره شد، این‌گونه تفسیر کرد: بر مبنای نظر هندن (۲۰۰۹) استفاده از دارودرمانگری برای پیشگیری از خودکشی بنا بر اصلی است که دارودرمانگری موفق برای یک اختلال روانی نهفته (معمولاً افسردگی) از خطر تفکر و اقدام به خودکشی خواهد کاست. در حال حاضر، مدارک و شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد دارودرمانگری برای مشکلات روانی مزمن و عودکننده می‌تواند بسیار مفیدی باشد و میزان خودکشی را کاهش دهد. ولی این نکته نیز حائز اهمیت است کسانی که در پی کمک هستند، بعید به نظر می‌رسد که اقدام به خودکشی کنند و نیز این که میزان پایین‌تر خودکشی در میان آن‌هایی که دارودرمانگری دریافت می‌کنند، به خاطر تأثیرات ویژه داروها نیست، احتمالاً روابط درمانگری شکل گرفته با درمانگران در سیستم بهداشت روانی، عامل مهمتری است.

در این راستا می‌توان از پژوهش زیسوک^۲، تریودی، واردن و لیبوویتز (۲۰۰۹) نام برد که در پژوهشی مبنی بر ظهور یا افزایش افکار خودکشی در طول درمان با داروهای باز جذب انتخابی مجدد سروتونین، به این نتیجه رسیدند که ۵۷ درصد بیماران بهبود پیدا کردند و ۵ درصد هم بدتر شدند. آن‌ها عامل اصلی خطر ساز برای ظهور افکار خودکشی را در دارودرمانگری استفاده نادرست از داروها، افسردگی شدید با ویژگی‌های مالیخولیایی ذکر کردند. همچنین ایلجن، زایز، ولش، زبر، باور^۳ (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که تبعیت از داروها به تنهایی، به صورت مستقیم

1. Verger, Brabis, Kovess, Lovell, Villani & Rouillon
2. Zisook, Trivedi, Warden & Lebowitz
3. Ilgen, Cxyz, Welsh, Zeber & Bauer

اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در ...

با کاهش خطر خودکشی در الگوهای چندگانه ارتباط ندارد و یافته‌های چندمتغیره بیان می‌کند که به رابطه بین تبعیت از دارو و افکار خودکشی، بهتر است با ترکیبی از ویژگی‌ها و مشخصه‌های بیمار و روابط درمانی نگریسته شود. خصوصاً تصمیم‌گیری مشترک، همدلی، گوش دادن به بیمار و همفکری با او، عوامل حفاظتی مهمی را ایجاد می‌کند.

محدودیت پژوهش این بود که پیش‌آزمون در هفته اول بعد از اقدام به خودکشی انجام شد، که بیمار در وضعیت بالینی مناسبی قرار ندارد، این احتمال وجود دارد که عنصر زمان بر پیش‌آزمون تأثیر گذاشته و نمرات افسردگی و خودکشی را بالاتر از آنچه که هست، نشان داده باشد. از آنجا که عواملی که باعث خودکشی می‌شوند، ممکن است متفاوت باشند، برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود علاوه بر توجه به محدودیت فوق، این روش را در جمعیت‌های دیگری که احتمال خودکشی در آن‌ها بالاست مانند: بیماران دارای سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی، اختلال استرس پس از آسیب^۱ و افراد دارای تجارب آسیب‌زا مانند قربانیان جنسی اجرا کنند.

منابع

- انیسی، جعفر، فتحی آشتیانی، علی، سلیمی، سید حسین، و احمدی، خدابخش. (۱۳۸۳). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان. *طب نظامی*. ۷: ۳۳-۳۷.
- دلاور، علی. (۱۳۸۷). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- رود، دیوید، جوینز، توماس، و رجب، حسن. (۱۳۸۶). *مقابله با گرایش به خودکشی*، ترجمه مهشید فروغان. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
- فلنگن، جان سامرز، و فلنگن، ریتا سامرز. (۱۳۸۹). *مصاحبه بالینی*. ترجمه هامایاک آوادیس یانس، نیشان گاهان، داود عرب قهستانی و فرید براتی سده. تهران: انتشارات رشد.
- قاسم زاده، حبیب اله، کرم قدیری، نرگس، شریفی، ونداد، نوروزیان، مریم، مجتبیایی، رامین، و ابراهیم خانی، نرگس. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نوروسیکولوژیک بیماران وسواسی با و بدون علائم افسردگی در مقایسه با هم و با گروه بهنجار. *تازه های علوم شناختی*. ۷(۳): ۱۵-۱.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۸۶). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه حسن پاشاشریفی و محمد رضا نیکخو. تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۷).

1. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

- An, H., Ahn, J., & Bhang, S. (2010). The association of psychosocial and Familial factors with adolescent suicidal ideation: A population- based study. *Psychiatry Research*. 177: 318-322.
- Andover, M. A., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self- injury, attempts suicide and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178: 101-105.
- Chabrol, H., Rodgers, R., & Rousseau, A. (2007). Relations between suicidal ideation and dimensions of depressive symptoms in high-school students. *Journal of Adolescence*, 30: 587-600.
- Cheung, Y., Law, C.K., Chan, B., Liu, Y., & Yip, P. (2005). Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: Risk attributable to hopelessness, depression, and social factors. *Journal of Affective Disorders*. 90: 193-199.
- De Leo, D., Cerin, E., Spathonis, K., & Bargis, S. (2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behavior. *Journal of Affective Disorder*. 86: 215-224.
- Dimeff, L.A., & Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior therapy for substance abusers. *Science and practice in Action-Dialectical Behavior therapy*. 4(2):39-47.
- Henden, J. (2009). *Preventing suicide, the solution Focused Approach*. Jon Wileyx sons Ltd.
- Ilgen, M.A., Czyz, E.k., Welsh, D.E., Zeber, J. E., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2009). A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 115: 246-251.
- Iverson, K., Shenk, C., & Fruzzetti, A.E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse. *Professional psychology: research and practice*. 40(3): 242-248.
- Kolves, K., Ide, N., & De Leo, D. (2010). Suicidal ideation and behavior in the aftermath of material separation: Gender differences. *Journal of Affective Disorders*. 120: 48-53.
- Kroger, C., Schweiger, U.S., Valerija, A., Ruediger, K., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*. 44: 1211-1217.
- Linehan, M., Dimeff, L., Rizvi, S.L., & Brown, M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral practice*. 7: 457-468.
- Linehan, M. (2006). *Evidence Based practices panel Report on Dialectical Behavior therapy*. USA (Montpelier): Vermont Council of Developmental and Mental Health Services.
- Linehan, M. (2008). *Dialectical Behavior therapy Frequently Asked Questions*. USA (Seattle): Behavioral Tech, LLC. Accessed in www.behavioraltech.org.
- Marra, T. (2005). *The Dialectical Behavior therapy workbook for overcoming Depressionx anxiety*. New Harbinger publications, Inc.
- MCKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior therapy skills workbook united states of America*. New Harbinger publications, Inc.

- MCQuillan, A., Nicasastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*, 56(2):193-197.
- Miller, A.L., & Rathus, J. H., & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior therapy with suicidal Adolescents*. NewYork/London: Guilford Press.
- Morrow, C.E., Bryan, C.J., & Appolonio, K. (2010). *Suisidal Behaviour Assessment of people at-risk*. India: Sage publications.
- Palmer, S. (2008). *Suicide, strategies and interrentions for redction and prevention*. NewYork/London: Routledge.
- Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Barrachina, J., Gich, I., & Alvarez, E. (2009). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder. *Behaviour Research and therapy*. 47: 335-358.
- Stewart, M. E., Donaghey, C., & Ebmeier, K. P. (2008). Suicidal thoughts in young people: their frequency and relationships with personality factors. *Personality and In dividual Differences*. 44: 809-820.
- Trivedi , J., & Varma, S. (2010). *Suicidal Behaviour Assessment of people at-risk* SAGE publications. pp. 42-65.
- Vanden Bosch, L. M. C., Verhuel, R., Schippers, G. M., & Brink, W. (2002). Dialectical Behavior therapy of borderline patient with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*. 27:911-923.
- Verger, P., Brabis, P., kovess, V., Lovell, A., Villani, P., & Rouillon, F. (2007). Determinats of early identification of suicidal idration in patient: treated with antidepressants or analysis. *Journal of Affective Disorder*. 99: 253-257.
- Verheul, R., Koeter, M., Stijnen, T., Vanden Bosch, L., & Brink, W. (2005). Sustained efficacy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 43:1231-1241.
- Wild, L. G., Flisher, H. J., & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*. 27: 611-624 .
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. (2008). *Implementing Dialectical Behavior Therapy with Adolescents and their Families in a community outpatient clinic*. *Cognitive Behavior Practice*. 15:277-286.
- Zisook, S., Trivedi, M., Warden, D., & Lebowitz, B. (2009). Factor structure of the Brief psychiatric Rating scale in unipolar depression. *Journal of Affective Disorders* . 66(2-3):159-64.