

اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی

هیجان و تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام

محمدنسی صالحی^{۱*}، کیومرث بشلیده^۲، محمد کاظم زاده^۳، مهوش ناصری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۱۶ صص: ۱۹۲-۱۷۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بود. پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. از بین کلیه زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام که در سال ۱۳۹۷ به بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) ارجاع داده بودند، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت کاملا تصادفی در دو گروه مداخله ای و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی (CERQ-P)، مقیاس تکانشگری بارت (BIS) و پکیج درمان پردازش مجدد هولوگرافیک (Katz, 2005). داده ها با استفاده نرم افزار SPSS-21 و توسط شاخص های توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل آزمون کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک تاثیر معنی داری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی دارد ($F=537/619, p<0/000$). نتایج آزمون کوواریانس تک متغیری نشان داد که بین پس آزمون دو گروه در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگاران ($F=147/441, p<0/000$)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگاران ($F=235/707, p<0/000$) و تکانشگری ($F=1170/679, p<0/000$) تفاوت معنی داری وجود دارد. درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگاران و کاهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگاران و تکانشگری در زنان اقدام کننده به خودکشی می شود. لذا این درمان برای شرایط استرس و آسیب زا و شرایط بحرانی از قبیل اقدام به خودکشی مثر ثمر است.

واژه های کلیدی: درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری، زنان اقدام کننده به خودکشی

^۱ دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات آسیب های روانی- اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

^۲ استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد روانسنجی، مرکز تحقیقات آسیب های روانی- اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، مرکز تحقیقات آسیب های روانی- اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

مقدمه

خودکشی (Suicide) یکی از فوریت‌های روانپزشکی و یکی از مشکلات روانی-اجتماعی و از معضلات مهم در بهداشت روانی عمومی به شمار می‌رود. در واقع، خودکشی به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی است که با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است و با بالا رفتن میزان آن نزد گروه‌ها، اقشار و طبقات مختلف اجتماعی، نگرانی فزاینده‌ای را برای جوامع امروز به وجود آورده است (Perera & et al, 2017؛ Mohammadzadeh & et al, 2017). در کشور ما نیز بررسی آمار خودکشی نشان دهنده آن است که این پدیده به ویژه در بین زنان و جوانان به صورت یک مسئله اجتماعی درآمده است و اگر چاره‌ای برای آن اندیشیده نشود، پیامدها و آثار آن روز به روز تاثیرات مخرب بیشتری نه تنها بر فرد بلکه بر خانواده، اطرافیان و جامعه خواهد داشت (Zareshahabadi & et al, 2017؛ Hakim Shooshtari & et al, 2016).

یکی از آسیب‌های رایج و پنهان در میان زنان خصوصاً زنان شهر ایلام اقدام به خودکشی (Attempted suicide) است. اقدام به خودکشی به منزله عملی خود ویرانگر تعریف می‌شود که به صورت آگاهانه و هدفمند گاهی با قصد کشتن خود انجام می‌گیرد (Nosratabadi & et al, 2016؛ Konstantinos & et al, 2015). خودکشی و اقدام به خودکشی معلول فاکتورهای متعددی بوده و مواردی هم چون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوء مصرف مواد، کشمکش و طلاق بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و اختلال‌های روانی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی می‌باشند (Kikhavani & et al, 2013).

اقدام به خودکشی شایعترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان به مراکز فوریت‌های پزشکی می‌باشد. سالانه حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. همچنین، سالانه حدود بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌نمایند، یعنی شخص اقداماتی به منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد اما منجر به مرگ او نمی‌شود (Salehi & Miveyan, 2017). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) در ۴۵ سال گذشته، میزان اقدام به خودکشی، به ویژه در میان زنان جوان و بزرگسال، در جهان سیر صعودی داشته است. همچنین، در دهه گذشته، ایران از نظر سرعت افزایش موارد اقدام به خودکشی در رتبه سوم جهان قرار دارد و زنان ایرانی رتبه اول را در خاورمیانه به خود اختصاص داده‌اند (Salehi & et al, 2020؛ Zareshahabadi & et al, 2017).

از جمله عوامل روان‌شناختی مرتبط با اقدام به خودکشی، تکانشگری (Impulsivity) می‌باشد. اصطلاح تکانشگری به رفتارهایی از جمله عجله و شتاب، بی‌اختیاری، بی‌صبری و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل گفته می‌شود (Nadimi, 2016). در واقع، تکانشگری مفهومی چند بعدی است

که شامل طیف وسیعی از گرایش‌های رفتاری و شناختی از قبیل مشکل در به تاخیر انداختن یا بازداری از پاسخ ارادی، بی‌ثباتی هیجانی، نقص در به تاخیر انداختن لذت، مشکل در توجه و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل است. تکانشگری بر اساس گرفتار شدن در رفتارهای بدون دور اندیشی و پاسخ‌های شتاب زده به محرک که اغلب پیامدهای ناسازگارانه به بار می‌آورند تعریف شده است (Akhavan & Sajadyan, 2016). تکانشگری یکی از ابعاد اصلی اقدام به خودکشی در اختلال افسردگی است. همچنین تکانشگری عامل مهمی در بعضی از اختلالات روانپزشکی از قبیل اختلالات مصرف مواد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات رفتار تکانه‌ای، قماربازی بیمارگون است. که با اقدام به خودکشی، آسیب رساندن به خود، پرخاشگری، خشونت خانگی و رفتارهای پر خطر همراه است (Bellani & et al, 2012 ; Moustafa & et al, 2017).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با افراد اقدام کننده به خودکشی تنظیم شناختی هیجانی (Emotional Cognitive Regulation) است. تنظیم شناختی هیجانی به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند می‌باشد، اشاره دارد و فرایندی را شامل می‌شود که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را خواه به صورت هشیار یا ناهشیار به وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده هیجان تنظیم می‌نمایند (Salehi & et al, 2018). تحقیقات، نشان داده است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی روان شناختی مرتبط بوده و سازگاری بعدی فرد را پیش بینی می‌کند و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند در پیش بینی و درمان مشکلات روانی، مؤثر باشد (Berking ; Garnefski & Kraaji, 2006 ; et al 2014). در مجموع فرض بر این است که نظم جویی شناختی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی ایفا می‌کند. سطح پایین تنظیم شناختی هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست در بروز دل‌زدگی، کاهش رضایت، جرائم مختلف و مصرف مواد مخدر نقش دارد (Parker & et al, 2008 ; Narimani & et al, 2019).

بنابراین، افزایش تکانشگری و نارسایی در تنظیم شناختی هیجانی می‌تواند احتمال اقدام به خودکشی (خصوصاً اقدام مجدد به خودکشی) را به مراتب افزایش دهد. همچنین، با توجه به روند روز افزون اقدام به خودکشی و چندگانه بودن علت‌های آن، لزوم رسیدگی همه‌جانبه به افراد اقدام کننده به خودکشی ضروری و منطقی است. از طرفی دیگر، با توجه به وضعیت روان شناختی افراد اقدام کننده به خودکشی، استفاده از روان‌درمانی‌های مفید و کارآمد ضروری و حیاتی می‌باشد. اما، به علت زمان بر بودن، طولانی و پرهزینه بودن بعضی از درمان‌های روان شناختی مثل روان‌کاوی، به روان‌درمانی‌های کوتاه مدت و اختصاصی، که بتوانند وضعیت حاد و اورژانسی افراد اقدام کننده

به خودکشی را اصلاح و تعدیل کنند، نیاز خواهیم داشت. از جمله نوآوری ها در درمان های روان شناختی که به مهارت های هیجانی توجه خاصی داشته اند و به ویژه به طور اختصاصی برای رویدادهای آسیب زا، رفتارهای خودآسیبی، تکانشگری، تنظیم هیجانی طراحی شده اند، می توان به درمان پردازش مجدد هولوگرافیک (Holographic reprocessing) اشاره کرد (Salehi & et al, 2019).

پردازش مجدد هولوگرافیک (HR) یک رویکرد التقاطی به روان درمانی است که روش های شناختی، مواجهه درمانی، روان پویشی و درمان تجربی را با هم تلفیق می نماید (Katz & et al, 2014؛ Salehi & et al 2020). همچنین می توان گفت که HR یک روش شناختی-تجربی است که مؤثر بر تروما می باشد. این روش مبتنی بر نظریه خود شناختی-تجربی (CEST) مربوط به (Epstsin, 2003) درباره شخصیت می باشد. طبق این نظریه ما دو سیستم مجزای عقلانی و تجربی برای پردازش اطلاعات داریم. سیستم عقلانی اطلاعات را به صورت منطقی و خطی در حالی که سیستم تجربی آنها را به صورت هیجانی و توسط تداعی ها پردازش می کند (Kazemi & et al, 2017). روش پردازش مجدد هولوگرافیک می کوشد برای مراجعان فرصتی ایجاد کند که از بازآفرینی های مجددشان آگاهی یابند در نتیجه مفهوم سازی، پردازش مجدد و امکان تغییر را برای درمانجویان فراهم می سازد. HR تلاش می کند تا نوع ادراک فرد را تغییر دهد و خودانگاره شخصی و عملکرد اجتماعی مراجع را بهبود بخشد. بدین منظور تنوعی از فن های مختلف را برای شناسایی الگوهای تکراری، تغییر آنها و ایجاد رفتارهای جدید به کار می برد. کاربست HR در سه مرحله ایمنی، اکتشاف و پردازش مجدد، که هر مرحله نیز دارای ۲ گام می باشد، انجام می گیرد. بنابراین، روان درمانی HR طی سه مرحله و شش گام انجام می گیرد (Rezapoor & Zakeri, 2019).

نتایج پژوهش ها نشان می دهد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم روان شناختی گوناگون در جوامع آماری مختلف، خصوصا در افراد مواجهه شده با تروما تاثیرگذار است (Otarod & et al, 2019؛ Narimani & et al, 2018؛ Salehi & et al, 2017؛ Kazemi & et al, 2017). از جمله نتایج پژوهش (Salehi & et al, 2019؛ Katz, 2015؛ Basharpour & et al, 2013). نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک منجر به افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش تکانشگری در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می شود. همچنین نتایج پژوهش (Narimani & et al, 2019) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در بهبود سلامت عمومی و نظم جویی شناختی هیجانی زنان متقاضی طلاق موثر است. دیگر نتایج پژوهش (Salehi & et al, 2018) نیز نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک منجر به افزایش کنترل عواطف و بهبودی دشواری در تنظیم هیجان در زنان متقاضی طلاق مواجهه شده با خیانت همسر می شود.

(Katz & et al, 2014) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و مواجهه درمانی بر برخی علائم روانپزشکی از قبیل افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه در زنان قربانی ترومای جنسی پرداختند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و مواجهه درمانی در تمامی متغیرها تاثیر معنی داری نسبت به گروه کنترل داشته اند. همچنین دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه نسبت به مواجهه درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش ها و همچنین از آنجا که تروما برای افراد می تواند مشکلات شدید استرس پس از سانحه، مشکلات بین فردی و سازگاری اجتماعی، تنظیم هیجانات و اقدام به خودکشی را پیش بینی کند (Lang & et al, 2018)، لذا به کارگیری درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در زمینه اقدام به خودکشی مستدل و علمی می باشد. و از طرفی دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک یک نوع روان درمانی مبتنی بر آسیب یا تروما است، یعنی برای درمان افرادی که تجربه یا سابقه یک نوع آسیب یا رویداد استرس زا را داشته اند طراحی شده است. در نتیجه با توجه به رویداد استرس زای اقدام به خودکشی و تاریخچه زندگی و تجارب افراد اقدام کننده به خودکشی، استفاده از درمان پردازش مجدد هولوگرافیک که مبتنی بر آسیب است، در این افراد منطقی به نظر می رسد (Salehi & et al, 2019).

اکثر تحقیقات درباره اثربخشی این نوع روان درمانی مربوط به اختلال استرس پس از سانحه، قربانیان تجاوز جنسی، آسیب های اجتماعی (از قبیل طلاق) می باشد. ولی در این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی این درمان در حیطه دیگری (اقدام به خودکشی) هستیم، که این حالت جنبه نوآوری و ابتکار، پژوهش حاضر را نمایان می سازد. با توجه به کمبود پژوهش های مداخله ای در زمینه معرفی درمان های جدید، یکپارچه و متمرکز روی اقدام به خودکشی، به نظر می رسد معرفی درمان های نوین یا تدوین و کاربرد درمان های اثربخش در این زمینه، می تواند هم برای این افراد مثر به ثمر باشد، هم از عواقب و پیامدهای بعدی اقدام به خودکشی پیشگیری شود. لذا یافته های این پژوهش می تواند در این زمینه راهگشا و کمک کننده باشد. بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و تکنانگری زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ می باشد که در قالب فرضیه های ذیل مورد پژوهش قرار می گیرند.

- درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و تکنانگری زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام تاثیر معنی داری دارد.

- درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازگارانه زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام تاثیر معنی داری دارد.
- درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام تاثیر معنی داری دارد.
- درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام تاثیر معنی داری دارد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنانی بودند که در سال ۱۳۹۷ اقدام به خودکشی کرده و به بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) شهر ایلام اعزام و یا مراجعه کرده بودند، که تعداد آنها برابر با ۴۴۸ نفر بوده است. در نهایت تعداد ۳۰ نفر از زنان اقدام کننده به خودکشی، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. و به صورت کاملا تصادفی در دو گروه مداخله ای و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. مداخلات آموزشی برای گروه مداخله ای ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای توسط محقق مسئول برگزار گردید. در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند.

لازم به ذکر است که لیست کلیه زنان اقدام کننده به خودکشی در سال ۱۳۹۷ از بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) تهیه شد سپس از طریق مصاحبه غربالگری و مطابق با معیارهای ورود به پژوهش که عبارت بودند از: سابقه اقدام به خودکشی، عدم ابتلاء به اختلالات طیف روان پریش، عدم مصرف مواد و داروی ترک در طول دوره پژوهش و جلسات روان درمانی، رضایت آزمودنی ها و داوطلب بودن جهت شرکت در این پژوهش، سن آزمودنی ها ۲۰ تا ۴۰، تحصیلات دیپلم به بالا، تعداد ۳۰ نفر از زنان اقدام کننده به خودکشی جهت شرکت در این پژوهش انتخاب شدند و هماهنگی های لازم جهت اجرای پژوهش انجام گرفت. سپس در زمان تعیین شده به اتاق آموزشی مرکز جامع خدمات شهری (درمانگاه شماره ۶)، پایینتر از بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) مراجعه کردند. که بعد از توضیح کلی اهداف پژوهش و بیان اصول اخلاقی از قبیل حق انتخاب و آزادی در جهت شرکت پژوهش، رازداری و... ضمن در نظر گرفتن رضایت آزمودنی ها، به صورت کاملا تصادفی اعضاء دو گروه آزمایشی و کنترل انتخاب شدند. سپس جهت انجام پیش آزمون پرسشنامه های (تکانشگری و تنظیم شناختی هیجانی) در اختیار آزمودنی ها هر دو گروه قرار داده شد. و زمان کافی برای پر کردن و پاسخ دادن به سوال ها به آنها داده شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی پکیج درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، به صورت گروهی و یک جلسه در هفته، مطابق

با دستورالعمل‌های اجرایی آنها اجرا گردید. در حالی که گروه کنترل هیچ روان‌درمانی یا آموزشی را دریافت نکردند. سپس، بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در نهایت داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-21 در سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

الف) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی (CERQ-P): این پرسشنامه توسط (Garnefski & et al, 2003) در کشور هلند تدوین شده است. یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. دارای ۳۶ ماده می‌باشد و هر ماده یا سؤال، از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای دو زیرمقیاس اصلی تنظیم شناختی هیجانی سازگار (مثبت) و تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار (منفی) می‌باشد. این دو مقیاس اصلی نیز در مجموع دارای ۹ مولفه یا خرده‌مقیاس می‌باشند. هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه‌ی نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس، بیانگر میزان استفاده‌ی بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است (Garnefski, Narimani & et al, 2019)؛ (Kraaji, 2006).

پایایی و روایی: نسخه فارسی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در پژوهش (Hasani, 2010) اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی و هیجانی از زوایای همسانی درونی و ثبات مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه، آلفای کرونباخ به صورت جداگانه در مردان، زنان و کل شرکت‌کننده‌ها محاسبه شد. برای بررسی ثبات پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد. همچنین به منظور بررسی روایی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجانی با سه روش تحلیل عاملی، روایی ملاکی و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی ساختار عاملی (روایی‌سازه) پرسشنامه از تحلیل مولفه‌ی اصلی با چرخش واریماکس در سطح ماده استفاده شد. آلفای کرونباخ با دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و بازآزمایی با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ و روایی پرسشنامه با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شده است (Hasani, 2010). در پژوهش حاضر برای بررسی میزان پایایی مقیاس تنظیم شناختی هیجانی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی کل این پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ بود.

ب) مقیاس تکانشگری بارت (BIS): مقیاس تکانشگری توسط (Barrat, 1994) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد و سه خرده مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه‌گی را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی به هر گویه بر اساس یک مقیاس چهار درجه ای (۱-هیچگاه/به ندرت، ۲-گاهی اوقات، ۳-اغلب، ۴-بیشتر اوقات/همیشه) پاسخ می‌دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده این مقیاس نمره گذاری معکوس دارند (۴، ۵، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۶). نمره هر فرد بر اساس نمره سه خرده مقیاس و یک نمره کل محاسبه می‌شود. کمترین و بیشترین نمره ای که از مقیاس مذکور به دست می‌آید ۳۰ و ۱۲۰ می‌باشد. هر چقدر نمره بیشتر باشد نشان دهنده تکانشگری بیشتر است و بالعکس (Arianakia E, Hasani, Moustafa & et al, 2017) (2014)

پایایی و روایی: ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت توسط (Ekhteyari, 2008) صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است، اعتبار کل پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفته است که به ترتیب مقادیر آن ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است (Zamani & et al, 2014). در پژوهشی (Naderi & Haghshenas, 2009) برای نخستین بار در ایران به روایی این مقیاس پرداختند. در این تحقیق برای روایی همگرا از نمرات مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن استفاده شد که نتایج حکایت از رابطه ای معنی دار داشت. همچنین ضریب اعتبار به روش تصنیف ۰/۶۰ و همسانی درونی ۰/۷۲ گزارش شد (Amiri & Yaghoobi, 2017 ; Nadimi, 2016). در پژوهش حاضر برای بررسی میزان پایایی مقیاس تکانشگری از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی کل این پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ بود.

ج) درمان پردازش مجدد هولوگرافیک: مراحل این درمان طبق راهنمای درمان پردازش مجدد هولوگرافیک است که توسط (Katz, 2005) ارائه شده است، این شیوه درمانی در ۳ مرحله انجام می‌گیرد و هر مرحله نیز از ۲ گام تشکیل می‌شود. در مجموع درمان در ۶ گام پایایی انجام می‌گیرد. مجموع جلسات درمانی ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای می‌باشد، به هر مرحله درمان سه جلسه اختصاص داده می‌شود (Kazemi & et al, 2017 ; Salehi & et al, 2018).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان پردازش مجدد هولوگرافیک

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

یافته ها

تعداد ۳۰ نفر از زنان اقدام کننده به خودکشی با دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۶ سال و میانگین ۲۶/۹ سال و انحراف معیار ۱/۰۴ در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد ۱۶ نفر وضعیت اقتصادی خود را ضعیف، ۱۱ نفر متوسط و ۳ نفر خوب گزارش کردند. سطح تحصیلات مراجعین بین دیپلم تا کارشناسی ارشد بود که ۹ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۱۳ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال نیز ۹ نفر شاغل و ۲۱ نفر غیر شاغل بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری و مولفه های آنها در پیش آزمون و پس آزمون برای گروه کنترل و مداخله ای

هولوگرافیک		کنترل		گروه	متغیر
انحراف	میانگین	انحراف	میانگین		
معیار		معیار			
۳/۱۸	۳۶/۴۰	۲/۳۵	۳۵/۶۶	پیش آزمون	تنظیم شناختی هیجانی سازگارانه
۴/۸۴	۴۹/۲۰	۲/۵۸	۳۵/۱۳	پس آزمون	
۳/۶۷	۳۳/۶۶	۳/۴۷	۳۲/۹۳	پیش آزمون	تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه
۲/۴۱	۲۳/۴۶	۳/۳۱	۳۳/۴۰	پس آزمون	
۲/۵۷	۲۵/۲۶	۲/۸۹	۲۴/۴۰	پیش آزمون	تکانشگری توجهی
۰/۹۷	۱۵/۶۶	۲/۹۹	۲۴/۵۳	پس آزمون	
۲/۴۳	۳۵/۰۶	۳/۴۸	۳۴/۸۰	پیش آزمون	تکانشگری حرکتی
۲/۰۸	۲۲/۹۳	۳/۷۳	۳۵/۳۳	پس آزمون	
۲/۷۷	۳۵/۶۰	۴/۰۲	۳۵/۰۶	پیش آزمون	تکانشگری از نوع بی برنامه‌گی
۲/۳۵	۲۴/۴۶	۴/۰۶	۳۵/۶۰	پس آزمون	
۶/۰۱	۹۵/۹۳	۸/۹۴	۹۴/۲۶	پیش آزمون	تکانشگری (نمره کل)
۴/۶۸	۶۳/۰۶	۹/۵۶	۹۵/۴۶	پس آزمون	

در جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمره های افراد دو گروه در متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، به تفکیک گروه مداخله ای و گروه کنترل ارائه شده است. همان طور که داده های جدول (۲) نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار تنظیم

شناختی هیجانی سازگارانه (مثبت) آزمودنی های گروه کنترل و گروه مداخله ای در پیش آزمون به ترتیب (۳۵/۶۶ و ۲/۳۵) و (۳۶/۴۰ و ۳/۱۸) می باشد. میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه (منفی) آزمودنی های گروه کنترل و گروه مداخله ای در پیش آزمون به ترتیب (۳۲/۹۳ و ۳/۴۷) و (۳۳/۶۶ و ۳/۶۷) می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار تکانشگری آزمودنی های گروه کنترل و گروه مداخله ای در پیش آزمون به ترتیب (۹۴/۲۶ و ۸/۹۴) و (۹۵/۹۳ و ۶/۰۱) می باشد.

طبق نتایج جدول (۲) میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجانی سازگارانه آزمودنی ها گروه کنترل و گروه مداخله ای در پس آزمون به ترتیب (۳۵/۱۳ و ۲/۵۸) و (۴۹/۲۰ و ۴/۸۴) می باشد. میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه آزمودنی ها گروه کنترل و گروه مداخله ای در پس آزمون به ترتیب (۳۳/۴۰ و ۳/۳۱) و (۲۳/۴۶ و ۲/۴۱) می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار تکانشگری آزمودنی ها گروه کنترل و گروه مداخله ای در پس آزمون به ترتیب (۹۵/۴۶ و ۹/۵۶) و (۶۳/۰۶ و ۴/۶۸) می باشد. لازم به ذکر است میانگین و انحراف معیار مولفه های تکانشگری برای آزمودنی های گروه کنترل و گروه مداخله ای در پیش آزمون و پس آزمون نیز در جدول (۲) ذکر شده است.

نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس ها نشان داد که در تمام متغیرهای مورد مطالعه تساوی واریانس ها برقرار بود. با توجه به اینکه همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس و همگنی واریانس وجود دارد، می توان از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده کرد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمره های پس آزمون تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی

شاخص آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه ها	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۸۶	۵۳۷/۶۱۹	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶	۱/۰۰
لمبدای ویلکز	۰/۰۱۴	۵۳۷/۶۱۹	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۷۰/۱۲۴	۵۳۷/۶۱۹	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶	۱/۰۰
بزرگترین ریشه ی روی	۷۰/۱۲۴	۵۳۷/۶۱۹	۴/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶	۱/۰۰

جدول (۳) نشان می دهد که بین دو گروه از نظر متغیرهای وابسته (تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری) تفاوت معنی داری وجود دارد. آزمون لمبدای ویلکز با ارزش (۰/۰۱۴) معنی دار می

باشد ($p < 0/000$, $F = 537/619$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/986$ می‌باشد، به عبارت دیگر، $0/98$ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد. در واقع اندازه اثر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر متغیرهای وابسته (تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری) به صورت مشترک برابر با $0/98$ می‌باشد. توان آماری برابر با $1/00$ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) در متن مانکوا انجام گرفت. که نتایج حاصل در جداول ۴ و ۵ و ۶ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجانی سازگاران دو گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تنظیم شناختی هیجانی	پیش آزمون	۱۷۹/۹۱۳	۱	۱۷۹/۹۱۳	۲۰/۰۵۵	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶
	گروه	۱۳۲۲/۷۱۲	۱	۱۳۲۲/۷۱۲	۱۴۷/۴۴۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴۵
سازگاران	خطا	۲۴۲/۲۲۰	۲۷	۸/۹۷۱			

با توجه به نتایج جدول (۴) پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری از نظر میزان تنظیم شناختی هیجانی سازگاران یا مثبت بین گروه مداخله و گروه کنترل مشاهده شد ($p < 0/000$). به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث بهبود و افزایش تنظیم شناختی هیجانی سازگاران یا مثبت در زنان اقدام کننده به خودکشی شده است، در واقع درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان تنظیم شناختی هیجانی سازگاران یا مثبت در زنان اقدام کننده به خودکشی گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی برابر با $0/845$ می‌باشد، یعنی $0/84$ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجانی سازگاران مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد.

جدول ۵. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه دو گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه	پیش آزمون	۱۴۳/۴۹۱	۱	۱۴۳/۴۹۱	۴۲/۱۸۴	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰
	گروه	۸۰۱/۷۷۳	۱	۸۰۱/۷۷۳	۲۳۵/۷۰۷	۰/۰۰۰	۰/۸۹۷
	خطا	۹۱/۸۴۲	۲۷	۳/۴۰۲			

با توجه به نتایج جدول (۵) پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری از نظر میزان تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه یا منفی بین گروه مداخله و گروه کنترل مشاهده شد ($p < 0.001$, $F = 235/707$). به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث کاهش تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه یا منفی در زنان اقدام کننده به خودکشی شده است، در واقع درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه یا منفی در زنان اقدام کننده به خودکشی گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی برابر با ۰/۸۹۷ می‌باشد، یعنی ۰/۸۹ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد.

جدول ۶. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمرات تکانشگری دو گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تکانشگری	پیش آزمون	۱۳۸۹/۹۲۸	۱	۱۳۸۹/۹۲۸	۱۹۰/۷۵۱	۰/۰۰۰	۰/۸۷۶
	گروه	۸۵۳۰/۲۸۴	۱	۸۵۳۰/۲۸۴	۱۱۷۰/۶۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۷۷
	خطا	۱۹۶/۷۳۹	۲۷	۷/۲۸۷			

با توجه به نتایج جدول (۶) پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری از نظر میزان تکانشگری بین گروه مداخله و گروه کنترل مشاهده شد ($p < 0.001$, $F = 1170/679$). به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث کاهش تکانشگری در زنان اقدام کننده به خودکشی شده است، در واقع درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان تکانشگری در زنان اقدام کننده به خودکشی گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی برابر با

۰/۹۷۷ می‌باشد، یعنی ۰/۹۷ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون تکانشگری مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد.

نتیجه گیری و بحث

نتیجه کلی این پژوهش نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی تأثیر معنی داری دارد. به عبارت دیگر، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازگارانه (مثبت) و کاهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه (منفی) و نیز کاهش تکانشگری در زنان اقدام کننده به خودکشی می‌شود. این نتایج با یافته‌های (Salehi & et al, 2019)، (Narimani & et al, 2019)، (Salehi & et al, 2018)، (Kazemi & et al, 2017)، (Otarod & et al, 2016)، (Sadridamirchi & et al, 2016)، (Salehi & et al, 2015)، (Katz, 2015)، (Katz, 2014)، (Otto & et al, 2014)، (Katz, 2014)، (Basharpour & et al, 2013)، در زمینه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر علائم روانشناختی مختلف در جوامع آماری گوناگون همسو و همخوان می‌باشد. به عبارت دقیقتر، نتایج پژوهش (Narimani & et al, 2019) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و سلامت عمومی زنان متقاضی طلاق تأثیر معنی داری دارد. همچنین نتایج پژوهش (Salehi & et al, 2019) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر تکانشگری و انعطاف پذیری شناختی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی تأثیر معنی داری دارد. که این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی می‌توان گفت که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به کنار آمدن بهتر با رویدادهای استرس‌زا یا آسیب‌زا (از قبیل اقدام به خودکشی، خیانت، طلاق و...) و هیجانات مرتبط با آن‌ها و همچنین به تعدیل هیجانات کمک می‌کند. استفاده از مهارت‌ها و تکنیک‌های این درمان، به زنان مواجه شده با آسیب (خیانت، طلاق، اقدام به خودکشی) کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیقتر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند که هدف از آن تعدیل احساسات بدون تکانشگری و رفتار واکنشی و مخرب می‌باشد. بنابراین، توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها، شناسایی و نام گذاری هیجان‌ها (از طریق تکنیک‌های اسکن بدنی و اسکن هیجانی)، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و روبرو شدن با آن به جای تکانشگری یا اجتناب، از تکنیک‌ها و مهارت‌هایی است که در درمان پردازش مجدد هولوگرافیک مورد استفاده

قرار می‌گیرد، که به بهبود بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کاهش تکانشگری در افراد اقدام کننده به خودکشی کمک می‌کند (Salehi & et al, 2015 ; Kazemi & et al, 2017 ; Salehi et al, 2018).

همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که در طی مراحل درمانی، درمانگر به اکتشاف تجربی افراد آسیب دیده می‌پردازد، جاییکه احساسات، تداعی‌ها، خاطرات و تصاویر با موضوعات جاری درمانجو ارتباط پیدا می‌کنند. در حقیقت شناسایی احساسات متداعی با آسیب ناشی از خودکشی، خیانت، طلاق و... به آسودگی بدنی و احساس راحتی منجر می‌شود. به عبارتی شناسایی احساسات و هیجان‌ها باعث می‌شود زمانی که یک احساس دقیق و قوی خاصی به وضوح بیان می‌شود، درمانجو حس آزاد شدگی یا سازش تجربی خواهد کرد، که در نتیجه باعث پذیرش هیجان و کنترل تکانه در درمانجو می‌شود. به عبارت دیگر، در طی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، خاطرات آسیب‌زا در گذشته و خاطرات تروما (حادثه اقدام به خودکشی) مورد هدف قرار می‌گیرند. با روی آوردن به صحنه تروماتیک و سناریو سازی مجدد صحنه می‌توان باعث تخلیه و آزاد سازی انسداد هیجانی مربوط به این خاطرات شد که در نتیجه آن فرد اقدام کننده به خودکشی با استفاده از تکنیک ایجاد فاصله هیجانی می‌تواند بین خود قبلی و خود فعلی فاصله اندازد. به عبارتی هدف پردازش مجدد آزاد سازی هیجان‌ها و عواطف (خشم، تکانشگری، خلق افسرده، اضطراب و...) می‌باشد. بنابراین، پردازش مجدد به درمانجویان کمک می‌کند تا به شیوه‌ای جدید آن حادثه را درک کرده و خودپذیری و خود بخششی را تسهیل نمایند و در نتیجه راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازگاران یا مثبت افزایش و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگاران یا منفی کاهش یابند که در نهایت منجر به کنترل تکانشگری و کاهش رفتارهای تکانشی می‌شود (Salehi et al, 2019 ; Narimni & et al, 2019 ; Salehi et al, 2015 ; al, 2018).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه (آزمون آنکوا در متن مانکوا) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی زنان اقدام کننده به خودکشی تاثیر معنی داری دارد. که این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های (Narimani & et al, 2019), (Salehi & et al, 2018), (Katz & et al, 2014) در زمینه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی زنان اقدام کننده به خودکشی می‌توان این گونه استدلال کرد که افراد اقدام کننده به خودکشی بیشتر از راهبرد های ناسازگاران و منفی برای تنظیم هیجان‌هاشان استفاده می‌کنند که موجب می‌شود فرد در رسیدن به اهدافش در محیط با ناکامی مواجه شود و در چرخه ی ناکامی اضطراب

گرفتار شود. در زنان اقدام کننده به خودکشی تفکراتی چون غرق شدن فرد در تفکر درباره رخداد منفی باعث جدایی فرد از اطرافیان یا طرد از سوی آنها و نیز باعث افزایش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجانی و تحریک کینه جویی می شود که باعث اختلال در عملکرد اجتماعی و مقصر دانستن دیگران در وقایعی که خود نیز ممکن است مقصر باشد، می شود. لذا در درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با استفاده از روش های اکتشاف احساسات (اسکن بدنی- اسکن هیجانی) احساسات و هیجانات درمانجو شناسایی می شوند و مهارت های مقابله ای و فنون ذهن آگاهی را به وی آموزش داده می شود تا ضمن کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجانی، راهبردهای سازگارانه افزایش یابد. در مرحله اکتشاف تجربی نیز با استفاده از اصول درمان تجربی از طریق ارائه اطلاعاتی درباره احساسات فیزیکی و آگاهی بدنی به ویژه برای ارتباط با هیجانات متداعی با تروما (اقدام به خودکشی) سودمند می باشد. فنونی نظیر تمرکز کردن به درمانجویان کمک می کند تا از احساسات خود آگاه شوند. از طریق روی آوری و زمینه سازی مجدد صحنه یک حادثه گذشته که به درستی پردازش نشده را بازسازی کرده و از طریق تکنیک های ایجاد فاصله هیجانی درمانجو خودارزشمندی و عزت نفس بالایی را گزارش می کند (Narimani & et al, 2019)؛ Salehi & et al, 2015؛ Katz, 2005).

به عبارتی دیگر، پردازش مجدد موضوعات هیجانی حل نشده که در اقدام به خودکشی نقش دارند از قبیل فقدان قدرت شخصی، ناتوانی در ابراز هیجانات و احساسات، ناتوانی در ابراز وجود، کاهش عزت نفس، عاطفه محدود کننده، سوگ حل نشده و... را شناسایی نموده و با پردازش مجدد باعث تخلیه آن شده و در نهایت با ایجاد الگوهای ارتباطی جدید و شناسایی اهداف جدید در زندگی، رفتارهای انطباقی خاصی مورد بحث و تمرین قرار می گیرند و به روش های سازگارانه و انعطاف پذیر کنار آمدن با زندگی تقویت می گردند (Narimani & et al, 2019؛ Katz, 2005).

همچنین، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه (آزمون آنکوا در متن مانکوا) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی تاثیر معنی داری دارد. که این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش های (Salehi & et al, 2019)، (Kazemi & et al, 2018)، (Katz & et al, 2008) در زمینه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر تکانشگری، رفتارهای خودآسیبی و آسیب زا و پرخاشگری همسو و همخوان می باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر تکانشگری زنان اقدام کننده به خودکشی می توان این گونه استدلال کرد که داشتن انتظارات غیر واقع بینانه در زندگی باعث آشفتگی ذهنی و احساسی می شود و در نتیجه رفتارهای ناسازگارانه و تکانشی را در پی دارد. لذا تنها راه اصلاح این است که با این باورها مواجه شویم و آن ها را اصلاح کنیم. در درمان پردازش

مجدد هولوگرافیک، هولوگرام تجربی درمانجو شناسایی می‌شود که منبع هولوگرام تجربی یک ادراک منفی و محدود کننده درباره خود، یک تعارض حل نشده و یک رابطه بیان نشده یا یک عاطفه محدودی نظیر گناه و خود-سرزنشی است که موجب رفتارهای تکانشی می‌شود. بنابراین با استفاده از درمان شناختی که یکی از فنون مورد استفاده در درمان پردازش مجدد هولوگرافیک است با هدف شناسایی و تغییر افکار و ارزیابی‌های منفی تداعی شده با ترومای تجربه شده به کار می‌رود. این ارزیابی‌های منفی می‌توانند با پایدار ساختن هیجانات و رفتارهای منفی و تکانشی به پیامدهای ناسازگارانه‌ای منجر شوند. شناخت درمانی با مورد توجه قرار دادن بخش‌هایی از داستان ترومای شخص که بیشترین ناراحتی و آشفتگی را ایجاد می‌کنند، این ارزیابی‌های منفی را شناسایی می‌کند. این بخش‌ها نقاط داغ (Hot Spots) یا نقاط وقفه (Stuck Points) نامیده شده و معمولاً به راهبردهای شناختی - رفتاری مشکل‌زا یا تکانشگری منجر می‌شوند. در جریان شناخت درمانی ارزیابی‌های منفی درمانجو شناسایی و مورد بررسی و بحث قرار می‌گیرند، و به این ترتیب یک تفسیر دیگری به آن‌ها داده می‌شود. بنابراین با اصلاح ارزیابی‌های منفی و تعدیل و رهاسازی احساسات و هیجانات، رفتارهای تکانشی و تکانشگری نیز کاهش می‌یابد (Basharpour & et ; Narimani & et al, 2019)؛ (Katz, 2005 ; al, 2013).

لازم به ذکر است که فنون تغییر این ارزیابی‌های عبارتند از: بازسازی، آزمایش رفتاری، بازسازی شناختی با استفاده از ثبت افکار، و مواجه کردن درمانجو با ارزیابی‌های منفی با استفاده از منطق و دلیل. همچنین با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر نقش بازی و خیالپردازی درمانجو می‌تواند مخاطب ارتباط را تجسم کرده و در همان حال به شیوه مناسبی پاسخ دهد، همچنین با رها کردن ادراک‌های شخصی سازی به وسیله گسترش دادن بافت آن حادثه، درمانجو از نقطه برتر خود اخیرش قادر می‌شود تا ادراک جامع و دقیقی از آن حادثه داشته باشد. در نهایت درمانجو با احیا قدرتش باور و شناخت خود نسبت به موضوع پیشین را تغییر می‌دهد که باعث بالا رفتن خودارزشمندی و عزت نفس درمانجو می‌شود (Kazemi & et al, 2017 ; Narimani & et al, 2019).

با توجه به نتایج این پژوهش، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برای شرایط استرس و آسیب‌زا و شرایط بحرانی از قبیل اقدام به خودکشی مثمر ثمر است. لذا به صورت کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و تکنیک‌های آن برای روان درمانی افراد اقدام کننده به خودکشی و پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی در آنها، در مراکز مشاوره و بهداشت روان، مورد استفاده قرار گیرد.

این پژوهش همانند دیگر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود. از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم استفاده از آزمون پیگیری اشاره کرد. با توجه به شرایط اضطراری و

لزوم رسیدگی به وضعیت افراد اقدام کننده به خودکشی، و اینکه گروه کنترل نیز باید خدمات مشاوره و روان درمانی را دریافت می کردند، امکان آزمون پیگیری فراهم نبود که می تواند جزء محدودیت های این پژوهش باشد. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی جهت اطمینان از اثرات و همچنین کاربردهای این نوع روان درمانی ها در درازمدت، از آزمون های پیگیری استفاده کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، باوجود اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در حیطه آسیب اجتماعی از قبیل اقدام به خودکشی، این شیوه درمانی هنوز در ابتدای راه خود قرار دارد و برای گسترش مبانی نظری و عملی آن، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در جوامع آماری و جمعیت های بالینی متنوع تر و بر روی متغیرهای روانشناختی دیگری، نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی اساتید عزیز، مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و شبکه بهداشت ایلام، خصوصاً مسئولین بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) و همکاران درمانگاه جامع سلامت شهری شماره ۶ شهر ایلام، و همچنین مراجعین شرکت کننده در این پژوهش، نهایت تقدیر و تشکر را دارم.
کد اخلاق: ir.medilam.rec.1397.128

Reference

- Akhavan S, Sajjadian I. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Instability and Impulsivity in Bipolar Patients. *J Clinical Psychology*. 2016; 8(3): 11-24. doi:10.22075/jcp.2017.2241. (Persian).
- Amiri S, Yaghobi A. Evaluation of psychometric features of the triple dark scale of personality. *IJAp* 2017; 6(1): 77-97. <https://doi.org/10.22067/ijap.v6i1.49000>. (Persian).
- Arianakia E, Hasani J. Impulsivity and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Bipolar- And Major Depressive Disorders. *Advances in Cognitive Science J* 2014; 16 (2):1-10. (Persian).
- Basharpour S, Narimani M, Gamari-givi H, Abolgasemi A. Impact of cognitive processing and holographic reprocessing on posttraumatic symptoms improvement amongst Iranian students. *Advances in Cognitive Science*. 2013; 15 (2): 50-62. (Persian).
- Basharpour S, Narimani M, Gamari-givi H, Abolgasemi A, Molavi, P. Effect of Cognitive Processing Therapy and Holographic Reprocessing on Reduction of Posttraumatic Cognitions in Students Exposed to Trauma. *J Psychiatry*. 2011; 6(4): 107-14. (Persian).
- Bellani M, Hatch JP, Nicoletti MA, Ertola AE, Zunta-So G, Swann AC. Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder? *J Psych Res* 2012; (46): 616-21.

- Berking M, Whitley B. Emotion Regulation: Definition and Relevance for Mental Health. In Affect Regulation Training. Springer New York. 2014: 5-17.
- Epstsin S. Cognitive- experiential self- theory of personality. Comprehensive handbook of psychology. 2003.
- Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – Development of a Short 18-Item Version (CERQ-short). Pers Individ Dif. 2006; 41(6): 1045-53.
- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Vanden Kommar T. Cognitive symptoms: Differences between males and females, Personality and Individual Differences, 2003; 36, 267-276.
- Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology, 2010; 2(3): 73-84. doi:10.22075/jcp.2017.2031. (Persian).
- Katz LS, Douglas S, Zaleski K, Williams J, Huffman C, Cojucar G. Comparing holographic reprocessing and prolonged exposure for women veterans with sexual trauma: A pilot randomized trial. Contem Psycho J 2014; 44(1): 9-19. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9248-6>.
- Katz LS, Snetter MR, Robinson AH, Hewitt P, Cojucar G. Holographic reprocessing: empirical evidence to reduce posttraumatic cognitions in women veterans with PTSD from sexual trauma and abuse. Psychotherapy: Theory/ Research/ Practice/Training. 2008; 45(2): 186-198.
- Katz LS. Holographic Reprocessing as a Treatment for Military Sexual Trauma. Warrior Renew: Healing from Military Sexual Trauma. Spring Publishing Company. 2015: 45,191–192.
- Katz SL. Holographic reprocessing: a cognitive- experiential psychotherapy for treatment of trauma. Taylor & Francis group: New York. 2005.
- Kazemi N, Narimani M, Basharpour S. Effectiveness of holographic reprocessing on improvement of traumatic memories and Posttraumatic Cognitions in Women asked divorce. Couns Res Deve J 2017; 16 (61): 36-59. (Persian).
- Kikhavani S, Chatripour F, Seidkhaninahal A. Comparison between Suicidal Thoughts and Depression among the Suicide Committed and Healthy Individuals among Ilam Province People between 2011 and 2012. SJIMU 2013; 21(1): 47-53. (Persian).
- Konstantinos T, Wojciech G, Marta T. Gender Differentiation in Indirect Self Destructiveness and Suicide Attempt Methods (Gender, Indirect Self Destructiveness, and Suicide Attempts). Psychiatr Q. 2015; (85): 197–209.
- Lang CM, Edwards AJ, Mittler MA, Bonavitacola L. Dialectical Behavior Therapy with Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research. The address for the corresponding author was captured as affiliation for all authors. Please check if appropriate. Cbpra (2018). <http://doi.org/10.1016/j.cbpra>.
- Miveyan M. Study of Suicide Factors and Attempted suicide in Kermanshah Province. J Legal Aid. 2017; 3(3): 99-117.
- Mohammadzadeh J, Teimouri H, Omidi K, Ghobadi S, Tahmasebian H. Epidemiological Study of Suicide Attempt among Urban Community of Ilam. Jmciri 2017; (4) 35: 335-339. (Persian).

- Moustafa AA, Tindle R, Frydecka D, Misiak B. Impulsivity and its relationship with anxiety, depression and stress. *Comprehensive Psychiatry J* 2017; (74): 173-179. doi.org/10.1016/j.

- Nadimi M. Effectiveness of dialectical behavior therapy (based on skills training) on reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on Methamphetamine. *Frooyesh J* 2016; 5 (1):47-74. (Persian).

- Narimani M, Kazemi N, Basharpour S. The Effectiveness of Holographic Reprocessing on General Health and Cognitive Emotion Regulation in Female Divorce Applicants Referred to Bijar County Court in 2015-2016: An Educational Trial. *JRUMS*. 2019; 18 (3): 237-250. (Persian).

- Nosratabadi M, Halvaipoor Z, Ghaed Amini Harooni G. Predicting Suicide Ideation Based on Psycho-Social Factors and Probability of Drug Abuse in Soldiers: A structural model . *Sjimu*. 2017; 24 (6):87-96. (Persian).

- Otared N, Borjali A, Sohrabi F, Basharpour S. The efficacy of holographic reprocessing therapy on arousal and intrusion symptoms in veterans with post-traumatic stress disorder. *J Urmia Univ Med Sci*. 2016; 27 (5):427-437. (Persian).

- Parker JD, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2008; 45, 174-180.

- Rezapoor Y, Zakeri M. The effectiveness of holographic re-treatment on the meaning of life, fear of negative evaluation and rumination of depressed women. *Qccpc J* 2019; 10 (39): 49-70. doi:10.22054/qccpc.2019.40602.2095. (Persian).

- Sadri-Damirchi E, Asadi-Shishegaran S, Esmaili-Ghazivaloii F. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Cognitive Emotional Regulation, Loneliness and Social Intimacy in Women with Addicted Spouse. *Socialworkmag*. 2016; 5 (2): 37-46. (Persian).

- Salehi M, Beshlideh K, Hamid N, Arshadi N. Comparison the Effectiveness of Holographic Reprocessing and Dialectical Behavioral Therapy on Affective Control and Social Adjustment on Depressive patients with attempted suicide. *Stud Med Sci*. 2020; 30 (11) :924-940. (Persian).

- Salehi MN, Faraji S, Mohamadzadeh M, Rahmani B, Kazemi N. Study effectiveness of holographic reprocessing therapy on coping strategies in high school boys divorced families. 2015: 1 (2): 6-15. (Persian).

- Salehi MN, Hamid N, Beshlideh K, Arshadi N. Comparison the Effectiveness of Holographic Reprocessing and Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Flexibility and Impulsivity on Depressive patients with attempted suicide of ilam city. *Sjimu* 2019. 27 (5). (Persian).

- Salehi Mn, Naami AZ, Kazemi N, Hamidi Z. Effectiveness of holographic reprocessing on affective control and difficulty in emotion regulating of Women Applicants for the Divorce Faced with Infidelity. *Jzv* 2018; 9(36): 197-2018. (Persian).

- Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *Sjimu*. 2014; 22 (5):45-54. (Persian).

- Zareshahabadi A, Shafienezhad M, Madhi J. Suicide attempts among women: motivations and conditions. Jwdp 2017; 15(3): 427-446. DOI: 10.22059/jwdp.2017.229631.1007164. (Persian).

