

اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی

محمد نبی صالحی*^۱ / کیومرث بشلیده^۲

تاریخ ارسال: ۹۸/۱۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۹/۳/۱۰

چکیده

این پژوهش باهدف اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی شهر ایلام انجام گرفت. روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند؛ که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، نهایتاً ۳۰ نفر به‌عنوان اعضاء نمونه انتخاب شدند و به‌صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و ندروال، ۲۰۱۰)، کنترل عواطف (ویلیامز و چمبلز، ۱۹۹۷)، پرسشنامه سازگاری (بل، ۱۹۶۱) و پکیج درمان پردازش مجدد هولوگرافیک (کاتز، ۲۰۰۵) بودند. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که بین انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایشی (درمان پردازش مجدد هولوگرافیک) و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود ($F=70/502$ ، $P<0/000$). همچنین نتایج آزمون آنکوا در متن مانکوانشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی ($F=304/338$ ، $P<0/000$)، کنترل عواطف ($F=1047/377$ ، $P<0/000$) و سازگاری اجتماعی ($F=1725/324$ ، $P<0/000$) در بیماران

۱- * دانش آموخته دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز. Mn.salehi66@yahoo.com

۲- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.

افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان از درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برای درمان اختلالات طیف افسردگی و مداخله در شرایط بحرانی نظیر اقدام به خودکشی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف، سازگاری اجتماعی، افسردگی، اقدام به خودکشی.

مقدمه

افسردگی^۱ شایع ترین اختلال روان پزشکی در سراسر طول عمر می باشد که به عنوان سرماخوردگی روان پزشکی شناخته می شود. افسردگی عبارت است از یک دوره طولانی غم، روحیه بد و گوشه گیری؛ و یک وضعیت بالینی است که طی آن خلق منفی به مراتب بیشتر از خلق مثبت وجود دارد (ین، دنگ، مرتز و روتنبرگ،^۲ ۲۰۱۸؛ لی، لی، سانگ و ژان،^۳ ۲۰۱۷؛ گنجی، ۱۳۹۷). بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می برند که یکی از پیامدهای مهم آن، افزایش میزان خودکشی و اقدام به خودکشی^۴ می باشد (صالحی، حمید، بشلیده و ارشدی، ۱۳۹۸). در واقع، نتایج پژوهش های متعدد، افسردگی را مهم ترین عامل مستعدساز اقدام به خودکشی معرفی کرده اند. چون که در بیش از ۹۰ درصد اقدام به خودکشی ها، اختلالات روانی نقش دارند و در این بین اختلالات افسردگی ۸۰ درصد از ۹۵ درصد اختلال های روانی قابل تشخیص در اقدام کنندگان به خودکشی را شامل می شوند. همچنین، سالانه حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند. این در حالی است که ۱۰ الی ۲۰ برابر این تعداد (بیست میلیون)، اقدام به خودکشی رخ می دهد (گرازیولی^۵ و همکاران، ۲۰۱۸؛ پریرا^۶ و همکاران، ۲۰۱۵؛ صالحی، بشلیده و کاظم زاده، ۱۳۹۸).

در نهایت، سال هاست در کشور ما افسردگی و اقدام به خودکشی به صورت جدی زندگی افراد را تهدید می کند. محققین تخمین زده اند بین ۲۴ تا ۴۳ درصد از جمعیت بالای ۱۵ سال در ایران دچار افسردگی می باشند؛ و افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (دهدشتی، بهرامی و کرمی، ۱۳۹۵؛ منتظری و همکاران، ۱۳۹۲). از طرف دیگر، طبق نتایج تحقیقات میزان خودکشی در سراسر جهان و به ویژه در کشورهای

^۱depression

^۲Yoon, S., Dang, V., Mertz, J., & Rottenberg, J.

^۳Li, Z., Li, B., Song, X., & Zhang, D.

^۴attempted suicide

^۵Grazioli, VS.

^۶Perera, S.

در حال توسعه، ۶۰٪ افزایش داشته است. در ایران نیز نرخ خودکشی اگرچه نسبت به کشورهای غربی پایین تر است ولی از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتر است. همچنین در این بین استان ایلام به مراتب نرخ بالاتری نسبت به ایران و آمار جهانی دارد. میزان خودکشی منجر به مرگ در جهان ۱۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ است، در ایران ۴/۵ و البته در استان ایلام ۷۱/۹ می باشد (رامیا، فیوریلو، رگمی، رابنز و کورت، ۲۰۱۷؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ قنبری و همکاران، ۱۳۹۵).

یکی از ویژگی های بیماران افسرده ای که اقدام به خودکشی می کنند فقدان انعطاف پذیری شناختی^۱ است. نتایج پژوهش ها ارتباط بین انعطاف پذیری شناختی، افسردگی و اقدام به خودکشی را مورد تأیید قرار داده است (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲؛ آقایی، شاه محمدی، هموطن و آقایی، ۱۳۹۸). انعطاف پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده اند که این ارزیابی در موقعیت های مختلف تغییر می کند؛ و افراد می توانند رفتارهایی را که به بهترین شکل ممکن در موقعیت اجتماعی قرار می گیرند، شناسایی کنند. توانایی تغییر آمایه های شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی تعاریف انعطاف پذیری شناختی است (کارن، ۲۰۱۸؛ دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). فقدان انعطاف پذیری شناختی باعث می شود بیماران افسرده اغلب اوقات در زمینه های مختلف، محیط خود را به صورت تغییرناپذیر در نظر می گیرند و به صورت کاملاً منفی درباره خودشان فکر می کنند. در واقع، سیستم شناختی فرد معیوب شده و جنبه منفی رویدادها را می بیند. جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال آور، پوچ و بی فایده است. عدم انعطاف پذیری و غیرقابل تحمل بودن گرفتاری ها منجر به این می شود که بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده و بدون تغییر در نظر بگیرند.

^۱Ramaiya, MK., Fiorillo, D., Regmi, U., Robins, CJ., & Kohrt, BA.

^۲cognitive flexibility

^۳Masuda, A., & Tully, EC.

^۴Curran, T.

^۵Dennis, JP., & Vanderwal, JS.

لذا پیامد این شیوه‌ی اندیشیدن این است که خودکشی به‌عنوان تنها راه‌حل به ذهن این افراد خطور می‌کند (شهاب و کیانی چلمردی، ۱۳۹۹؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی دیگر از ویژگی‌های بیماران افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌کنند ناتوانی در کنترل عواطف^۱ و مشکل در حفظ عاطفه مثبت اشاره کرد. نتایج پژوهش‌ها وجود رابطه بین کنترل عواطف، افسردگی و گرایش به خودکشی را تأیید کرده است (دی‌لیرسنیدر، کیم و مسکوینا،^۲ ۲۰۱۵؛ قاسمی نواب، امیری و آزاد مرزآبادی، ۱۳۹۶). منظور از کنترل عواطف توانایی تشخیص، ابراز و بیان و کنترل عواطف منفی و مثبت است. طوری که فرد بتواند در موقعیت‌های مختلف عواطف و هیجانات را تشخیص بدهد و آن‌ها را ابراز و کنترل کند (صالحی، نعیمی، کاظمی و حمیدی، ۱۳۹۷). دشواری در کنترل عواطف باعث می‌شود تا فرد در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست بدهد و به‌سوی رفتارهای سازش‌نا یافته کشیده شود. درواقع، کنترل عواطف یکی از عواملی است که به‌منظور سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی ضروری است و اثرات گوناگونی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد و بهداشت روانی او می‌گذارد؛ به‌عبارت‌دیگر، کنترل عواطف و عواطف مثبت و منفی از جمله عواملی است که در بهداشت روان، رضایت از زندگی و نهایتاً کارایی افراد نقش مؤثری ایفا می‌کند. همچنین، بیماران افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌کنند علامت‌های رایج افسردگی، اضطراب و مشکلات مربوط به کنترل کردن عواطف را نشان می‌دهند (هاوی، شودر و الهات‌علی،^۳ ۲۰۱۶؛ قره داغی و کمیلی پور، ۱۳۹۸؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۷).

ازجمله متغیرهای دیگری که با وضعیت بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی مرتبط می‌باشد، سازگاری اجتماعی^۴ است. نتایج پژوهش‌ها ارتباط بین سازگاری اجتماعی،

^۱ affective control

^۲ De-Leersnyder, J., Kim, H., & Mesquita, B.

^۳ Hoey, J., Schroder, T., & Alhothali, A.

^۴ social adjustment

افسردگی و عوامل خطر ساز خودکشی را تأیید کرده است (سراتی^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). انجمن روان‌پزشکان آمریکا (۱۹۹۴) سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: هماهنگی ساختن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌هاست (پارسامهر و حدت، ۱۳۹۵)؛ به عبارت دیگر، سازگاری اجتماعی می‌تواند به عنوان سازگاری فرد با محیط اجتماعی یا تغییر محیط توسط فرد، متناسب با نیازها و خواسته‌های خودش، تعریف شود که انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد (سراتی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ بهامین و کوروش نیا، ۱۳۹۶). فرض شده است که دشواری در سازگاری اجتماعی هم به عنوان یکی از شرایط پیشاینده افسردگی مطرح می‌شود و هم به عنوان یکی از پیامدهای این اختلال در نظر گرفته می‌شود. شواهد پژوهشی دیگری نشان می‌دهد که سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده مختل می‌شود و حتی در این بیماران بهبود سازگاری اجتماعی به طور قابل توجهی کندتر از بهبود علائم افسردگی است (انتیپا^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

در نهایت، بغرنج بودن مسئله افسردگی و اقدام به خودکشی و صدمات جبران‌ناپذیری که برای فرد و جامعه به همراه خواهد داشت، نشان می‌دهد که به کارگیری روان‌درمانی و روش‌های پیشگیرانه برای افسردگی و اقدام به خودکشی ضروری است؛ اما به علت زمان‌بر بودن، طولانی و پرهزینه بودن بعضی از درمان‌های روان‌شناختی مثل روان‌کاوی، به روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت و اختصاصی که بتوانند وضعیت حاد و اورژانسی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی را اصلاح و تعدیل کنند، نیاز خواهیم داشت (لی و همکاران، ۲۰۱۷؛ زمانی و همکاران، ۱۳۹۵). از آنجایی که سابقه اقدام به خودکشی احتمال خودکشی مجدد را تا ۴۰ برابر افزایش می‌دهد، لذا کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم به کارگیری

^۱ Serretti, A.

^۲ Antypa, N.

روان‌درمانی‌هایی است که ویژگی‌ها و خصوصیات بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی از قبیل انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عاطفی و هیجانی، سازگاری اجتماعی و... این بیماران را هدف قرار دهد تا متمرکزتر و واقع‌شوند (صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ زمانی و همکاران، ۱۳۹۵). از جمله نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی که به‌طور اختصاصی برای رویدادهای آسیب‌زا طراحی شده است می‌توان به درمان پردازش مجدد هولوگرافیک اشاره کرد.

درمان پردازش مجدد هولوگرافیک (HR)^۱ یک رویکرد التقاطی به روان‌درمانی است که روش‌های شناختی، مواجهه‌درمانی و روان‌پوشی و درمان تجربی را با هم تلفیق می‌کند و دربرگیرنده مجموعه‌ای از راهبردهای درمانی است که ضمن تعداد جلسات کمتر، در پی بازسازی شناختی مجدد، تخلیه هیجانی و کنترل عاطفی، سازگاری اجتماعی، تفکر امیدوارانه به آینده، جستجوی حمایت اجتماعی و فاصله گرفتن از بیماری است. در واقع این درمان بر شناخت، رفتار و هیجان فرد تأثیر می‌گذارد و با کاهش جنبه‌های آسیبی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری، کنترل عواطف و سازگاری در بیماران می‌شود (کاتز، دوگلاس، زالسکی، ویلیامز، هوفمن و کوجوسر^۲، ۲۰۱۴؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ رضاپور میرصالح و ذاکری، ۱۳۹۸). درمان پردازش مجدد هولوگرافیک مبتنی بر نظریه خود‌شناختی-تجربی^۳ (CEST) مربوط به اپستین^۴ (۲۰۰۳) درباره شخصیت می‌باشد. طبق این نظریه ما دو سیستم مجزای عقلانی^۵ و تجربی^۶ برای پردازش اطلاعات داریم. سیستم عقلانی اطلاعات را به‌صورت منطقی و خطی درحالی‌که سیستم تجربی آن‌ها را به‌صورت هیجانی و توسط تداعی‌ها پردازش می‌کند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع، CEST یک سیستم جدید پردازش ناهشیار در سیستم تجربی معرفی می‌کند که جایگزینی

^۱Holographic Reprocessing (HR)

^۲Katz, LS., Snetter, MR., Robinson, AH., Hewitt, P., & Cojucar, G.

^۳Cognitive-Experiential Self Theory (CEST)

^۴Epstein, S.

^۵rational

^۶experiential

برای سیستم ناهشیار روان تحلیل گری است. طبق این نظریه، افراد یک سیستم طبیعی انطباقی برای پردازش اطلاعات دارند. اگر یک رویداد عاطفی ناراحت کننده به طور کامل پردازش نشود، ناخودآگاه می کوشد با راه اندازی موقعیت هایی که تجربه اصلی را از نو خلق می کنند، به حل و فصل نقطه ی گیر پردازد (اپستین، ۲۰۰۳؛ عطارد و همکاران، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش ها نشان داده است که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر نشانه های افسردگی، اضطراب، کنترل عواطف، علائم برانگیختگی، شناخت های پس آسیمی، تکانشگری و دیگر ویژگی های روان شناختی در بیماران افسرده، افراد اقدام کننده به خودکشی و خصوصاً افراد مواجه شده با تروما تأثیرگذار است (کاتز، ۲۰۱۵؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ رضاپور میرصالح و ذاکری، ۱۳۹۸، کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸). از جمله نتایج پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۹۸) و همچنین رضاپور میرصالح و ذاکری (۱۳۹۸) اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک را بر علائم روان شناختی در بیماران افسرده تأیید کرده است.

بنابراین، با توجه به میزان بروز و شیوع اختلالات افسردگی و اقدام به خودکشی و سیر صعودی آن در ایران و خصوصاً در شهر ایلام، توجه به ابعاد روان شناختی و پیامدهایی که در پی دارد و همچنین استفاده از روان درمانی های کارآمد و اثربخش و معرفی آنها، برای درمان افسردگی و پیشگیری از اقدام به خودکشی منطقی و ضروری می باشد. نکته دیگر اینکه، نتایج این پژوهش می تواند به لحاظ کاربردی، در زمینه درمان بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی، برای روانشناسان و مشاوران تکنیک ها و پکیج درمانی که اثربخش و مفید است را معرفی کند و در مراکز مشاوره و روان درمانی مورد استفاده قرار گیرد، لذا این پژوهش باهدف اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.

روش پژوهش

تحقیق حاضر کارآزمایی بالینی با روش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از طریق مصاحبه غربالگری و مطابق با معیارهای ورود به پژوهش، نهایتاً ۳۰ نفر به‌عنوان اعضاء نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه کنترل گمارده شدند؛ که هرکدام از گروه‌ها ۱۵ نفر عضو داشت.

لازم به ذکر است لیست کلیه افراد اقدام کننده به خودکشی از شبکه بهداشت شهرستان ایلام و بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) توسط نویسنده مسئول (کارشناس طرح پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی) تهیه شد و از طریق مصاحبه غربالگری و مطابق با معیارهای موردنظر برای ورود و خروج آزمودنی‌ها به این مطالعه که عبارت بودند از: تشخیص یکی از اختلالات طیف افسردگی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM-V) توسط روان‌پزشک و روانشناس، سابقه اقدام به خودکشی، عدم ابتلا به اختلالات طیف روان‌پریش، عدم مصرف مواد و داروی ترک در طول دوره پژوهش و جلسات روان‌درمانی، رضایت آزمودنی‌ها و داوطلب بودن جهت شرکت در این پژوهش، سن آزمودنی‌ها ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات خواندن و نوشتن. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ابتلا آزمودنی به بیماری جسمی (از قبیل سرطان) که افسردگی قابل انتساب به عوارض آن باشد، وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک، مصرف مواد مخدر، وجود عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات طیف روان‌پریش، بودند.

درنهایت، توسط روانشناس (نویسنده مسئول) و با تأیید روان‌پزشک، ۳۰ نفر از بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی جهت شرکت در این پژوهش مشخص شدند؛ که بعد از هماهنگی‌های اولیه، 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 توضیح کلی اهداف پژوهش و ضمن تأکید بر رعایت اصول اخلاقی از قبیل حق

آزادی، انتخاب، رازداری و... فرم رضایت آگاهانه (طراحی شده در طرح پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی) در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده شد که با رضایت شخصی آن را تکمیل و امضاء نمودند. سپس اعضاء نمونه به صورت تصادفی در دو گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه کنترل قرار داده شدند و از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد، در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی برنامه آموزشی و درمانی مرتبط، به صورت گروهی اجرا گردید. درحالی که گروه کنترل در طی دوره پژوهش هیچ آموزشی دریافت نکردند. جهت پیشگیری از افت آزمودنی‌ها، ضمن توضیح نقش و کمک آزمودنی‌ها به پژوهش‌های علمی، اشاره به فواید شرکت در این پژوهش و همچنین تهیه سرویس ایاب و ذهاب، برنامه‌های آموزشی و درمانی نیز مطابق با دستورالعمل به صورت منظم و فشرده برگزار شد. پس از اتمام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-21 شد و در سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

همچنین لازم است به این نکته نیز اشاره کنیم که بعد از پایان این پژوهش، اعضاء گروه کنترل هم خدمات روان‌درمانی و پیگیری تلفنی البته به صورت فردی و مطابق با دستورالعمل طرح پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی را دریافت کردند.

ابزار پژوهش

مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (CFI): مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه خرده مقیاس ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد. سؤالات (۱۷-۱۱-۹-۷-۴-۳) به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره به دست آمده از این پرسشنامه برابر با ۲۰ و

حداکثر نمره به‌دست‌آمده برابر با ۱۴۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌باشد (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰؛ ایمانی، کرمی، بهبهانی و امیدی، ۱۳۹۶). دنیس و وندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین برابر با ۰/۷۵ بود (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). در ایران شاره و همکاران در سال ۲۰۱۳، ضریب اعتبار باز آزمایشی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند (ایمانی و همکاران، ۱۳۹۶).

مقیاس کنترل عواطف (ECS): مقیاس کنترل عواطف^۱ توسط ویلیامز و چمبلز^۲ (۱۹۹۷) برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود ساخته شده است (ویلیامز و چمبلز، ۱۹۹۷). این مقیاس ۴۲ سؤالی می‌باشد که دارای یک نمره کل و ۴ نمره در زیر مقیاس‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب و کنترل عواطف مثبت است. پاسخ‌ها در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای تنظیم شده است. به این شکل که به گزینه به‌شدت مخالف نمره ۱، خیلی مخالف نمره ۲، مخالف نمره ۳، نه موافق و نه مخالف نمره ۴، موافق نمره ۵، خیلی موافق نمره ۶، به‌شدت موافق نمره ۷، داده می‌شود. حداقل نمره به‌دست‌آمده از این پرسشنامه برابر با ۴۲ و حداکثر نمره به‌دست‌آمده برابر با ۲۹۴ می‌باشد. نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کنترل عواطف بیشتر می‌باشد (صالحی و همکاران، ۱۳۹۷). روایی درونی و باز آزمایشی آزمون برای کل مقیاس (۰/۹۴، ۰/۷۸) و برای زیر مقیاس خشم (۰/۷۲، ۰/۷۳)، خلق افسرده

^۱Effective Control Scale

^۲Williams, L., & Cambless, DL.

(۰/۹۱، ۰/۷۶)، اضطراب (۰/۸۹، ۰/۷۷) و عاطفه مثبت (۰/۸۴، ۰/۶۴) همچنین روایی افتراقی و همگرایی آن نیز برای نمونه‌ای از دانشجویان دوره لیسانس به دست آمده است. ضریب پایایی باز آزمایی این مقیاس، بعد از دو هفته در کل مقیاس، ۰/۷۸ و در خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (ویلیامز و چمبلز، ۱۹۹۷؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهشی که به منظور برآورد روایی، پایایی و هنجاریایی مقدماتی آزمون کنترل عواطف در شهر کرمانشاه انجام شد، همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در بین دانش‌آموزان (۰/۷۸۲)، دانشجویان (۰/۸۱۸)، معلمان (۰/۸۸۹)، اساتید (۰/۹۳۵) و پرستاران (۰/۹۰۹) گزارش گردید. همچنین دیگر نتایج پژوهش نشان داد که سؤالات آزمون با یکدیگر از همبستگی مناسبی برخوردار می‌باشند. در نهایت گزارش گردید که روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نسبتاً بالا و دارای میزان قابل قبولی می‌باشد و این آزمون برای سنجش کنترل عواطف مناسب است (طهماسبیان و همکاران، ۱۳۹۳).

پرسشنامه سازگاری بل (BAI): پرسشنامه سازگاری بل^۱ در سال ۱۹۶۱ توسط بل تدوین شد. دربرگیرنده ۱۶۰ سؤال است که دارای پنج خرده مقیاس (بعد سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری خانه، سازگاری سلامت جسمانی) است که برای هر کدام از این خرده مقیاس‌ها ۳۲ سؤال وجود دارد. در این پژوهش از خرده مقیاس سازگاری اجتماعی استفاده می‌شود. آزمودنی به صورت بلی و خیر به سؤال‌ها پاسخ می‌دهد. در این آزمون تنها پاسخ بلی یا خیر امتیاز دریافت می‌کند. برای هر سؤال اگر گزینه صحیح (بعضی سؤال‌ها گزینه بلی، بعضی سؤال‌ها گزینه خیر) پاسخ داده شود نمره یک و اگر غلط پاسخ داده شود نمره صفر در نظر گرفته می‌شود. در واقع، نمره گذاری هر سؤال طبق جدول هنجار شده انجام می‌گیرد (قاسمی و شریفی، ۱۳۹۶؛ تقی نژاد و همکاران، ۱۳۹۶). روایی کل این مقیاس ۰/۹۴ و همچنین ضریب پایایی آن در حیطه سازگاری اجتماعی ۰/۸۸، سازگاری شغلی ۰/۸۵، سازگاری عاطفی ۰/۹۱، سازگاری خانوادگی

۱ Bell Adjustment Inventory

۰/۹۱، سازگاری سلامت جسمانی ۰/۸۲ برآورد شده است. این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد می‌باشد که در ایران هم روایی و پایایی آن در پژوهش‌های مختلفی تأیید گردیده است. در پژوهش بهرامی (۱۳۷۱) بعد از ترجمه و ویرایش این مقیاس، بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۹ به دست آمد (قاسمی و شریفی، ۱۳۹۶؛ تقی نژاد و همکاران، ۱۳۹۶).

درمان پردازش مجدد هولوگرافیک: مراحل این درمان طبق راهنمای درمان پردازش مجدد هولوگرافیک است که توسط کاتز در سال (۲۰۰۵) 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 پیاپی انجام می‌گیرد. مجموع جلسات درمانی ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای می‌باشد، به هر مرحله درمان سه جلسه اختصاص داده می‌شود (صالحی و همکاران، ۱۳۹۷؛ کاظمی و همکاران، ۱۳۹۶).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان پردازش مجدد هولوگرافیک

مراحل (جلسات)	گام	محتوای جلسات
	گام یک: برقراری اتحاد درمان بخش	همانند سایر انواع روان‌درمانی، پردازش مجدد هولوگرافیک نیز با برقراری یک رابطه امن، قابل اعتماد بین درمانگر و درمان‌جو آغاز می‌شود.
مرحله اول: ایمنی (جلسات اول، دوم، سوم)	گام دو: تأمین یک چارچوب مهارت‌های مقابله‌ای	در این قسمت مهارت‌های مقابله‌ای به درمان‌جو آموزش داده می‌شود. برخی از این تکنیک‌ها نظیر آرامش آموزی، روش‌های ثابت‌شده‌ای می‌باشند. درحالی‌که برخی دیگر تکنیک‌ها نظیر دستگاه پس‌خوراند شخصی، ساندویچ آرامش آموزی، ۵ روش بیان احساسات، دستگاه کاهش‌دهنده، 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 سؤالات معطوف به احساسات از جمله "آن مسئله چه احساسی را در شما ایجاد کرد؟ یا چه واژه‌ای احساسات شما را توصیف می‌کند؟" به دست آیند.
	گام چهار: 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 کسب‌شده 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 پنج: پردازش مجدد هولوگرام تجربی	پردازش مجدد روشی است برای تغییر و بازسازی ادراک درمان‌جو از یک حادثه گذشته که به‌طور 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 محدودکننده درباره خود، یک تعارض حل‌نشده و یک رابطه بیان‌نشده یا یک عاطفه محدودی نظیر گناه و خودسرانگی است.
	گام شش: برقراری الگوهای جدید	این دوره بحث درباره تأثیر پردازش مجدد و کاربردهای آن برای درمان‌جویان در آینده را در برمی‌گیرد که شامل ایجاد اهداف جدید برای زندگی و رشد یک خودانگاره مثبتی می‌باشد.

یافته‌ها

تعداد ۳۰ نفر از بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام با دامنه سنی ۲۰ تا ۳۸ سال و میانگین سنی ۲۶/۸۸ سال و انحراف معیار ۴/۳۳ در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد ۱۹ نفر (۶۳/۳۳ درصد) زن و ۱۱ نفر (۳۳/۶۷ درصد) مرد بودند. به لحاظ وضعیت تأهل ۱۳ نفر (۴۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۷ نفر (۵۶/۶۷ درصد) متأهل بودند. از این بین ۵ نفر (۱۶/۶۷ درصد) زیر دیپلم، ۹ نفر (۳۰ درصد) دیپلم، ۱۳ نفر (۴۳/۳۳ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۱۰ درصد) کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف، سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آنها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و گروه آزمایشی

هولوگرافیک میانگین انحراف معیار	کنترل میانگین انحراف معیار	گروه		متغیر
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
۱۳/۲	۱۳/۲۳	۲۶/۲	۶۰/۲۲	ادراک
۱۳/۳	۳۳/۳۶	۵۲/۲	۰۶/۲۲	کنترل‌پذیری
۰۱/۲	۹۳/۳۰	۱۱/۲	۲۰/۳۱	ادراک گزینه‌های
۷۹/۴	۰۰/۴۶	۶۵/۴	۷۳/۲۹	مختلف

۱۸/۱	۴۰/۴	۳۴/۱	۳۳/۴	پیش‌آزمون	ادراک توجه رفتار
۴۶/۱	۰۰/۱۱	۵۶/۱	۲۰/۴	پس‌آزمون	
۱۸/۴	۴۶/۵۸	۱۶/۵	۱۳/۵۸	پیش‌آزمون	انعطاف‌پذیری شناختی
۰۲/۸	۳۳/۹۳	۳۵/۸	۸۶/۵۵	پس‌آزمون	

۵۰/۲	۱۳/۴۱	۶۰/۳	۸۶/۴۰	پیش آزمون	خشم
۱۸/۳	۴۰/۲۴	۸۵/۳	۶۰/۴۱	پس آزمون	
۹۶/۳	۵۳/۴۶	۶۶/۴	۰۶/۴۶	پیش آزمون	خلق افسرده
۸۶/۳	۰۶/۲۵	۱۷/۴	۴۶/۴۷	پس آزمون	

۱۴/۶	۹۳/۶۸	۵۲/۶	۴۰/۶۸	پیش آزمون	اضطراب
۶۳/۴	۲۰/۳۳	۹۸/۵	۶۶/۶۹	پس آزمون	
۸۵/۶	۳۳/۶۶	۶۵/۶	۶۰/۶۶	پیش آزمون	عواطف مثبت
۷۰/۴	۴۰/۳۲	۸۰/۶	۴۰/۶۷	پس آزمون	
۱۹/۱۸	۹۳/۲۲۲	۹۶/۱۹	۹۳/۲۲۱	پیش آزمون	کنترل عواطف
۶۶/۱۲	۰۶/۱۱۵	۲۰/۱۹	۱۳/۲۲۶	پس آزمون	

۵۹/۱	۵۳/۲۲	۰۹/۲	۶۰/۲۲	پیش آزمون	سازگاری اجتماعی
۳۸/۱	۷۳/۱۰	۳۱/۲	۹۳/۲۲	پس آزمون	

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن (ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار)، کنترل عواطف و مؤلفه‌های آن (خشم، خلق افسرده، اضطراب و عواطف مثبت) و سازگاری اجتماعی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه کنترل و گروه آزمایشی را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب برابر با (۵۸/۱۳، ۵/۱۶) و (۵۵/۸۶، ۸/۳۵) می‌باشد. در گروه درمان مجدد هولوگرافیک برابر با (۵۸/۴۶، ۴/۱۸) و (۸/۰۲) می‌باشد. میانگین و انحراف معیار کنترل عواطف در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه کنترل به ترتیب برابر با (۲۲۱/۹۳، ۱۹/۹۶) و (۲۲۶/۱۳، ۱۹/۲۰) می باشد. در گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برابر با (۲۲۲/۹۳، ۱۸/۱۹) و (۱۱۵/۰۶، ۱۲/۶۶) می باشد. میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل به ترتیب برابر با (۲۲/۶۰، ۲/۰۹) و (۲۲/۹۳، ۲/۳۱) می باشد. در گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک برابر با (۲۲/۵۳، ۱/۵۹) و (۱۰/۷۳، ۱/۴۰) می باشد. لازم به ذکر است نمرات کمتر در مقیاس کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی به معنی کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیشتر می باشد.

برای بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس و جهت بررسی مفروضه توزیع نرمال متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که سطح معنی داری به دست آمده برای انعطاف پذیری شناختی ($P < 0/478$)، کنترل عواطف ($P < 0/534$) و سازگاری اجتماعی ($P < 0/114$) بوده است که بزرگ تر از ($P < 0/05$) هستند، بنابراین معنی دار نمی باشند و توزیع متغیرها نرمال است. برای مفروضه همگنی واریانس ها نتایج آزمون لوین برای انعطاف پذیری شناختی برابر با (۲/۹۱۰)، کنترل عواطف (۰/۸۶۰) و سازگاری اجتماعی (۰/۳۰۹) بوده است که در سطح ($P < 0/05$) معنی دار نمی باشند، بنابراین مفروضه همگنی واریانس ها رعایت شده است. در نهایت، به منظور بررسی همگنی شیب های رگرسیونی، مقدار F مربوط به تعامل گروه با پیش آزمون برای متغیر انعطاف پذیری شناختی (۱/۹۶۲)، کنترل عواطف (۳/۲۴۷) و سازگاری اجتماعی (۲/۰۵۱) می باشد که در سطح ($P > 0/05$) معنی دار نمی باشند؛ بنابراین شیب های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش همگن می باشند و در نتیجه مفروضه همگنی شیب های رگرسیون نیز رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای تأثیرات عضویت گروهی

شاخص / آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه ها	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۵۰۲/۷۰	۰۰۰/۳	۰۰۰/۲۳	۰۰۰/۰	۹۰۲/۰	۰۰/۱
لمبدای ویلکز	۵۰۲/۷۰	۰۰۰/۳	۰۰۰/۲۳	۰۰۰/۰	۹۰۲/۰	۰۰/۱
اثر هتلینگ	۵۰۲/۷۰	۰۰۰/۳	۰۰۰/۲۳	۰۰۰/۰	۹۰۲/۰	۰۰/۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۵۰۲/۷۰	۰۰۰/۳	۰۰۰/۲۳	۰۰۰/۰	۹۰۲/۰	۰۰/۱

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای تأثیرات عضویت گروهی در گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور نتایج این جدول نشان می‌دهد آزمون اثر پیلایی با ارزش (۰/۹۰۲)، لمبدای ویلکز با ارزش (۰/۰۹۸)، اثر هتلینگ با ارزش (۹/۱۹۶) و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی با ارزش (۹/۱۹۶) و میزان F برابر با (F=۵۰۲/۷۰) و سطح معنی‌داری ($p < ۰/۰۰۰$) از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند؛ به عبارت دیگر رابطه میان ترکیب خطی متغیرهای وابسته با متغیر مستقل معنی‌دار است، یعنی میان درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و متغیرهای وابسته (انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی) تعامل رخ داده است.

طبق نتایج جدول (۳) میزان ارزش لمبدای ویلکز برابر با (۰/۰۹۸) می‌باشد که همان ضریب عدم تعیین است، بنابراین اندازه اثر از تفاضل میزان ارزش لمبدای ویلکز از عدد یک، به دست می‌آید ($۱ - ۰/۰۹۸ = ۰/۹۰۲$)؛ که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۰۲ می‌باشد. در واقع، ۰/۹۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد؛ به عبارت دیگر، اندازه اثر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی به صورت مشترک برابر با ۰/۹۰۲ می‌باشد که اندازه اثر بسیار خوبی می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی گروه کنترل و گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۹۱۷/۹۶۶	۱	۹۱۷/۹۶۶	۶۲۱/۲۸	۰۰۰/۰	۵۱۵/۰
	گروه	۵۵۷/۱۰۲۸۱	۱	۵۵۷/۱۰۲۸۱	۳۳۸/۳۰۴	۰۰۰/۰	۹۱۹/۰
	خطا	۱۵۰/۹۱۲	۲۷	۷۸۳/۳۳			

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی گروه کنترل و گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی در گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ میزان انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود ($F=304/338$ ، $p < 0.001$)، به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث افزایش میزان انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی برابر با ۰/۹۱۹ می‌باشد، یعنی ۰/۹۱ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون کنترل عواطف گروه کنترل و گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
کنترل عواطف	پیش‌آزمون	۳۱۳/۴۹۹۳	۱	۳۱۳/۴۹۹۳	۸۶۴/۵۵	۰۰۰/۰	۶۷۴/۰
	گروه	۲۱۷/۹۳۶۱۸	۱	۲۱۷/۹۳۶۱۸	۳۷۷/۱۰۴۷	۰۰۰/۰	۹۷۵/۰
	خطا	۳۵۴/۲۴۱۳	۲۷	۳۸۳/۸۹			

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون کنترل عواطف گروه کنترل و گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ میزان کنترل عواطف تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود ($F=1047/377$ ، $p < 0.001$)، به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث افزایش میزان کنترل عواطف در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی برابر با ۰/۹۷۵ می‌باشد، یعنی ۰/۹۷ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون کنترل عواطف مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون سازگاری اجتماعی گروه کنترل و گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۸۱/۸۴	۱	۵۸۱/۸۴	۱۱۳/۱۳۲	۰۰۰/۰	۸۳۰/۰
	گروه	۵۷۸/۱۱۰۴	۱	۵۷۸/۱۱۰۴	۳۲۴/۱۷۲۵	۰۰۰/۰	۹۸۵/۰
	خطا	۲۸۶/۱۷	۲۷	۶۴۰/۰			

جدول (۶) نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون سازگاری اجتماعی گروه کنترل و گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ میزان سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود ($F=1725/324$, $p < 0.001$)، به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک باعث افزایش میزان سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی برابر با ۰/۹۸۰ می‌باشد، یعنی ۰/۹۸ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون سازگاری اجتماعی مربوط به تأثیر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل یافته‌های این پژوهش و نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی تأثیر معنی‌داری دارد و موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌شود.

این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های کاتز (۲۰۱۵)، کاتز و همکاران (۲۰۱۴)، کاتز و همکاران (۲۰۰۸)، صالحی و همکاران (۱۳۹۸)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۸)، رضاپور میرصالح و ذاکری (۱۳۹۸)، صالحی و همکاران (۱۳۹۷)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۶)، مهرپرور و همکاران (۱۳۹۶)، عطارد و همکاران (۱۳۹۵)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۲)، بشرپور و همکاران (۱۳۹۰)، مبنی بر اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر نشانه‌های افسردگی، انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف، سازگاری روانی اجتماعی، اضطراب، علائم برانگیختگی، شناخت‌های پس آسیمی و دیگر علائم روان‌شناختی در جمعیت‌های بالینی گوناگون، همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که بنیان مشکلات روان‌شناختی از جمله اقدام به خودکشی در ناتوانی فرد در شناخت، ابراز و کنترل احساسات، عواطف و هیجان‌های او در روابط بین فردی و رابطه با خویش می‌باشد. حال آنکه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک به دلیل اینکه از فنون اصلی رویکردهای درمان روان‌پویشی، شناختی-رفتاری و درمان تجربی به صورت تلفیقی استفاده می‌کند می‌تواند در کاهش تمامی علائم وابسته به رویداد آسیب‌زا و بیماری (مانند اقدام به خودکشی و افسردگی) اثربخش و مؤثر باشد (کاتز و همکاران، ۲۰۱۴؛ رضاپور میرصالح و ذاکری، ۱۳۹۸؛ هنرپروران، ۱۳۹۶). در واقع، پردازش مجدد هولوگرافیک از طریق افزایش دانش و آگاهی فرد، آشنا کردن درمان‌جو با خود بازمینی، شناسایی هیجان‌های ویژه تداعی شده با افسردگی، مشخص کردن تمایز بین افکار، احساسات و هیجان‌ها به وی کمک می‌کند تا بتواند ارتباط بین افکار و احساس خود را دریابد و در نتیجه درمان‌جو باور و شناخت خود را نسبت به موضوع پیشین تغییر می‌دهد. همچنین، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک از طریق ارزیابی مجددی که در نظام باورهای شناختی درمان‌جو به عمل می‌آورد، کمک می‌کند تا درمان‌جو بتواند شیوه‌های

دیگری را در موقعیت‌های استرس‌زا به کار گیرد و به سازگاری بیشتری دست یابد (پیک،^۱ ۲۰۱۵).

بنابراین، با توجه به رویداد استرس‌زای اقدام به خودکشی و تاریخچه زندگی و تجارب بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی و نیز تجربه محقق از جلسات درمانی مبنی بر اینکه در طی این جلسات درمان‌جویان به جای سرکوب هیجانات با رویداد آسیب‌زا مواجه می‌شدند و ضمن تخلیه هیجانی، از طریق پردازش مجدد برای رویدادهای آسیب‌زا و استرس‌زا توجیهات منطقی‌تری پیدا می‌کردند. در واقع، با توجه به مشاهدات محقق و بازخوردهای درمان‌جویان، در طول جلسات درمان پردازش مجدد هولوگرافیک، درمان‌جویان به لحاظ هیجانی آرام‌تر می‌شدند و ضمن کم‌رنگ شدن اثرات رویدادهای آسیب‌زا برای آن‌ها، خلق افسرده آن‌ها نیز بهبود فزاینده‌ای پیدا می‌کرد. لذا اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی، منطقی و تبیین‌پذیر می‌باشد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا در متن مانکوا) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، تأثیر معنی‌داری داشته است؛ به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان انعطاف‌پذیری شناختی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی را افزایش داده است.

این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های کاتز (۲۰۱۵)، کاتز و همکاران (۲۰۱۴)، کاتز و همکاران (۲۰۰۸)، صالحی و همکاران (۱۳۹۸)، رضاپور میرصالح و ذاکری (۱۳۹۸)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۶)، مهرپرور و همکاران (۱۳۹۶)، عطارد و همکاران (۱۳۹۵)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۲)، بشرپور و همکاران (۱۳۹۰)، مبنی بر اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، اجتناب شناختی، شناخت‌های پس‌آسیبی،

^۱ Peak, NJ.

نشخوار فکری، نشانه‌های افسردگی در افراد مواجه شده با تروما، بیماران افسرده و افراد اقدام کننده به خودکشی، همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که از همان مرحله اول در درمان پردازش مجدد هولوگرافیک انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی مورد هدف قرار می‌گیرد. در اولین مرحله از این درمان یعنی زمان بررسی مقاومت بیمار، درمانگر با استفاده از شکل‌دهی مجدد شناختی و اشاره به اینکه مقاومت و اجتناب فقط یک‌راه حل موقتی است با درمان‌جو بحث می‌کند تا ضمن پرورش این باور که هیجانات سودمند هستند و با اطلاعات مهمی ارتباط دارند، گزینه‌ها و راه‌حل‌های دیگری را نیز برای بیمار فراهم سازد. حال آنکه این فرایند با توانایی ایجاد چندین گزینه یا راه‌حل جایگزین برای موقعیت (یکی از مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی) مرتبط است. در گام دوم از مرحله اول یعنی تأمین یک چارچوب از مهارت‌های مقابله‌ای نیز درمانگر به بیمار گزینه‌ها و راه‌حل‌های مقابله‌ای متنوعی را آموزش می‌دهد تا بیمار افسرده در شرایط استرس و آسیب‌زا این مهارت‌های مقابله‌ای را با روش‌های ناکارآمد قبلی جایگزین کند. انجام این کار مستلزم تغییر و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد. همچنین، ایجاد تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری هیجانی و شناختی یکی از مؤلفه‌های مورد تأکید درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در مرحله اول درمان می‌باشد (صالحی و همکاران، ۱۳۹۸).

در مرحله دوم درمان یعنی مرحله اکتشاف، از طریق کشیدن و رسم هولوگرام تجربی برای بازآفرینی تجربه صحنه مواجه با تروما و بیماری (افسردگی و اقدام به خودکشی) استفاده می‌شود که در این حالت درمان‌جو به‌جای سرکوب هیجانات با رویداد آسیب‌زا مواجه شده و ضمن تخلیه هیجانی برای آن توجیحات منطقی‌تری پیدا می‌کند که این حالت انعطاف‌پذیری شناختی را در پی دارد؛ و درنهایت مرحله سوم درمان یعنی پردازش مجدد، اهدافی از قبیل برقراری الگوهای جدید، ایجاد اهداف جدید برای زندگی مورد تأکید است که از طریق افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان به این اهداف دست پیدا کرد.

این مرحله از درمان به دلیل استفاده از فن‌های متعددی که مؤثر بر شناخت، رفتار و هیجان هستند به تغییر ادراکی، شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی منجر می‌گردد (پیک، ۲۰۱۵؛ کاتز و همکاران، ۲۰۱۴؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸).

نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا در متن مانکوا) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر کنترل عواطف بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، تأثیر معنی‌داری داشته است؛ به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان کنترل عواطف بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی را افزایش داده است.

این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های پیک (۲۰۱۵)، کاتز (۲۰۱۵)، کاتز و همکاران (۲۰۱۴)، کاتز و همکاران (۲۰۰۸)، رضاپور میرصالح و ذاکری (۱۳۹۸)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۸)، صالحی و همکاران (۱۳۹۸)، صالحی و همکاران (۱۳۹۷)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۶)، مهرپرور و همکاران (۱۳۹۶)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۲)، مبنی بر اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر کنترل عواطف (افسردگی، اضطراب، خشم، عاطفه مثبت) در افراد مواجه شده با تروما، بیماران افسرده و افراد اقدام‌کننده به خودکشی، همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر کنترل عواطف بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که در طی درمان عواطف یا هیجانات و خاطرات آسیب‌زا مورد هدف قرار می‌گیرند. در واقع، اکتشاف احساسات، شناسایی هیجانات و کنترل عواطف یکی از بخش‌های اصلی در درمان پردازش مجدد هولوگرافیک است. در طی این درمان، بعدازآن که درمان‌جو آموزش‌های لازم برای تن آرامی، شناسایی هیجانات و کنترل عواطف را دریافت کرد و مهارت لازم در این زمینه را کسب کرد. در مرحله بعدی درمان، روی آوردن به صحنه تروماتیک و بیماری (اقدام به خودکشی و افسردگی) و سناریوسازی مجدد صحنه، منجر تخلیه هیجانی می‌شود. لذا آزادسازی انسداد هیجانی رخ می‌دهد که در نتیجه آن درمان‌جو با استفاده از تکنیک ایجاد فاصله هیجانی می‌تواند بین خود قبلی و خود فعلی فاصله اندازد و خود جدیدی که شکل

می‌گیرد نسبت به گذشته بر هیجانات و عواطف کنترل دارد. به عبارتی دیگر، هدف پردازش مجدد آزادسازی عواطف (خشم، خلق افسرده، اضطراب) می‌باشد (صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی از اهداف درمان پردازش مجدد هولوگرافیک تحمل کردن عاطفه است که با مفهوم کنترل عواطف ارتباط تنگاتنگی دارد. در واقع، در درمان پردازش مجدد هولوگرافیک از طریق تکنیک‌های ذهن آگاهی یا مشاهده ذهن آگاه به دنبال دستیابی تحمل کردن عواطف و کنترل عواطف می‌باشیم. همچنین، در مرحله سوم درمان پردازش مجدد هولوگرافیک یعنی مرحله پردازش مجدد از طریق تکنیک مشاهده و بازبینی، کنترل عواطف در درمان جو مورد هدف قرار گرفته می‌شود. طی این تکنیک می‌توان رویداد آسیب‌زا و بیماری یعنی افسردگی و اقدام به خودکشی را مورد مشاهده و بازبینی قرار داد. در این تمرین درمانگر زبان بدن درمان‌جویانش را مشاهده می‌کند؛ و یک سرخ در این زمینه توجه کردن به چهره درمان‌جو است که هیجانات و عواطف درمان‌جویان را نشان می‌باشد (عواطف جنبه بیرونی هیجانات هستند). هنگام این تمرین معمولاً برای درمان‌جو تخلیه هیجانی رخ می‌دهد، لذا درمانگر او را به تجسم مکانی امن راهنمایی کرده، تکنیک‌های تنفسی و تن آرامی مورد استفاده قرار می‌گیرد تا درنهایت درمانگر به درمان‌جو اعتماد و امنیت دهد و او بتواند از آن احساسات خارج شود و درنهایت کنترل هیجانات و عواطف خود را در دست بگیرد (کاتز، ۲۰۰۵؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸).

نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا در متن مانکوا) نشان داد که درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، تأثیر معنی‌داری داشته است؛ به عبارت دیگر، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک میزان سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی را افزایش داده است.

این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های پیک (۲۰۱۵)، کاتز (۲۰۱۵)، کاتز و همکاران (۲۰۰۸)، برندن^۱ (۲۰۰۵)، رضاپور میرصالح و ذاکری (۱۳۹۸)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۸)، صالحی و همکاران (۱۳۹۸)، صالحی و همکاران (۱۳۹۷)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۶)، مهرپرور و همکاران (۱۳۹۶)، عطارد و همکاران (۱۳۹۵)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۲)، مبنی بر اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر سازگاری اجتماعی در افراد مواجه شده با تروما، بیماران افسرده و افراد اقدام‌کننده به خودکشی، همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر افزایش سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی می‌توان گفت که سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه‌ی عملکرد در نقش‌ها می‌باشد؛ بنابراین در آخرین گام از درمان پردازش مجدد هولوگرافیک یعنی برقراری الگوهای جدید، هدف اصلی درمان ایجاد اهداف و نقش‌های جدید برای زندگی درمان‌جویان می‌باشد که با سازگاری اجتماعی مرتبط است. در واقع، در این مرحله درمان‌جو در پی نقش‌ها و اهدافی نظیر تغییر شغل، برگشتن به تحصیل، کم کردن وزن، ترک یا شروع یک رابطه و... می‌باشد که دستیابی به هرکدام از این نقش‌ها و اهداف به معنی تغییر در سازگاری و افزایش سازگاری اجتماعی می‌باشد (کاتز، ۲۰۰۵؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ تقی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۶).

همچنین در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی احساس تنهایی و طردشدگی از جانب دیگران دارند. آن‌ها می‌پندارند که وجه اشتراک بسیار کمی با دیگران دارند. به همین دلیل، تمایل زیادی به بیان کردن احساسات یا برقراری روابط اجتماعی ندارند و در اندک روابط خود نیز از دیگران فاصله‌روانی می‌گیرند. این امر در طول زمان فرصت کمی را برای رشد توانایی تنظیم هیجان و تنظیم رفتار فرد در پاسخ به تغییرات محیط اجتماعی در اختیار وی قرار می‌دهد؛ به عبارت دیگر،

^۱ Brandman, W.

مانع از سازگاری اجتماعی وی می‌شود. حال آنکه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک از طریق تکنیک‌های از قبیل بررسی انتقال و انتقال متقابل، اکتشاف احساسات، اسکن هیجانی، ایجاد شبکه اجتماعی امن، برقراری الگوهای جدید ارتباطی به رشد یک خودانگاره جدید در درمان‌جویان کمک می‌کند که در نهایت منجر به سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی می‌شود (صالحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ گنجی، ۱۳۹۷؛ بهامین و کوروش نیا، ۱۳۹۶).

به طور خلاصه، با توجه به نتایج این پژوهش درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل عواطف و سازگاری اجتماعی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی اثرگذار بوده‌اند، لذا این نوع درمان می‌تواند برای درمان اختلالات طیف افسردگی و مداخله در شرایط آسیب‌زا و بحرانی نظیر اقدام به خودکشی سودمند و کارآمد باشند. در نتیجه مطابق با نتایج این پژوهش و به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و روان‌درمانی از این نوع درمان‌ها برای درمان اختلالات افسردگی و مداخله در شرایط حاد اقدام به خودکشی استفاده شود. البته این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود، از جمله امکان آزمون پیگیری فراهم نبود. با توجه به شرایط اضطراری و لزوم رسیدگی به وضعیت بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی و اینکه گروه کنترل نیز باید خدمات مشاوره و روان‌درمانی را دریافت می‌کردند، امکان آزمون پیگیری فراهم نبود که می‌تواند جزء محدودیت‌های این پژوهش باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت اطمینان از اثرات و همچنین کاربردهای این نوع روان‌درمانی در درازمدت، از آزمون‌های پیگیری استفاده کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، با وجود اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در حیطه افسردگی و اقدام به خودکشی، این شیوه درمانی هنوز در ابتدای راه خود قرار دارد و برای گسترش مبانی نظری و عملی آن، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در جمعیت‌های بالینی متنوع‌تر و بر روی متغیرهای روان‌شناختی دیگری، نیز بررسی شود.

منابع

آقایی، چنوره؛ شاه‌محمدی، فرشته؛ هموطن، طهامه؛ آقایی، گلزار (۱۳۹۸). بررسی رابطه ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و علائم افسردگی در زنان مبتلابه سندرم پیش از قاعدگی، پنجمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت نگر، بندرعباس، دانشگاه فرهنگیان. <https://www.civilica.com/Paper-NCPP05-NCPP05-104.html>.

ایمانی، مهدی؛ کریمی، جواد؛ بهبهانی، مهدیه؛ امید، عبدالله (۱۳۹۶). بررسی نقش ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشناسی انسجامی بر بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. دوماهنامه علمی-پژوهشی فیض، ۲۱ (۳): ۱۷۷-۱۷۰.

بشرپور، سجاده؛ نریمانی، محمد؛ قمری گیوی، حسین؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۰). اثربخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم روان‌شناختی دانش‌آموزان مواجه شده با آسیب. مجله روانشناسی بالینی، ۳ (۳): ۴۱-۵۲.

بهامین، معصومه؛ کوروش نیا، مریم (۱۳۹۶). رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و سازگاری اجتماعی به‌واسطه احساس تنهایی در نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۸ (۳): ۲۶۸-۲۵۴.

پارسامهر، مهربان؛ حدت، الهه (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی دانشجویان. فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، ۱۲ (۲): ۶۵-۹۴.

تقی نژاد، زهرا؛ اقلیما، مصطفی؛ عرشی، ملیحه؛ پورحسین هندآباد، پریا (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مددکاری گروهی با شیوه آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی سالمندان. مجله علمی پژوهشی توان‌بخشی، ۱۸ (۳): ۲۴۱-۲۳۰.

دهدشتی، علیرضا؛ بهرامی، مهشید؛ کرمی، میثم (۱۳۹۶). بررسی میزان شیوع افسردگی و برخی عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

سمنان، سال ۱۳۹۵. مجله علوم پزشکی زنانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱
(۳): ۲۴-۳۲.

رضاپور میرصالح، یاسر؛ ذاکری، مریم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پردازش مجدد
هولوگرافیک بر معنای زندگی، ترس از ارزیابی منفی و نشخوار فکری زنان
افسرده. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۰ (۳۹): ۷۰-۴۹.
doi:10.22054/qccpc.2019.40602.2095

زمانی، نرگس؛ نوحی، سیما؛ نیکدل تیموری، نوشین؛ جهانگیر، امیرحسین (۱۳۹۵).
اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به
خودکشی باسابقه قبلی. مجله پژوهش سلامت، ۱ (۳): ۱۶۶-۱۵۹.

شهاب، مریم؛ کیانی چلمردی، احمدرضا (۱۳۹۹). پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب و
تکانش‌گری بر مبنای تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت
والدینی در دختران نوجوان. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، ۱۱ (۴۱): ۲۶۱-
۲۷۸.

صالحی، محمدنبی؛ بشلیده، کیومرث؛ کاظم زاده، محمد (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پردازش
مجدد هولوگرافیک بر تکانشگری و تنظیم شناختی هیجانی زنان اقدام کننده به
خودکشی شهر ایلام. طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایلام.
Ir.medilam.rec.1397.128

صالحی، محمدنبی؛ حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ ارشدی، نسرين (۱۳۹۸). مقایسه
اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر
انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی. مجله
علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۷ (۵): ۱۴-۱.

صالحی، محمدنبی؛ نعیمی، عبدالزهرا؛ کاظمی، نسا؛ حمیدی، زیبا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان
پردازش مجدد هولوگرافیک بر کنترل عواطف و دشواری در تنظیم هیجان زنان
مواجه شده با خیانت همسر. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۹ (۴): ۲۱۶-۱۹۷.

طهماسبیان، حجت اله؛ خزایی، حبیب اله؛ عارفی، مختار؛ سعیدی پور، مهشید؛ حسینی، سیدعلی (۱۳۹۳). *هنجاریابی آزمون مقیاس کنترل عواطف*. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۸ (۶): ۳۵۴-۳۴۹.

عطارد، نسترن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ بشرپور، سجاد (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر علائم برانگیختگی و تجربه مجدد در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه*. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷ (۵): ۴۳۷-۴۲۷.

قاسمی نواب، امیر؛ امیری، سهراب؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار (۱۳۹۶). *مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، تجارب عاطفی و دوسوگرایی ابراز هیجان در سربازان با تلاش‌های خودکشی و عادی*. مجله طب نظامی، ۱۹ (۳): ۲۹۰-۲۸۲.

قاسمی، ثریا؛ شریفی، کبیر (۱۳۹۶). *بررسی مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی*. رویش روانشناسی، ۶ (۴): ۷۲-۴۵.

قره داغی، علی؛ کمیلی پور، فائزه (۱۳۹۸). *اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر عاطفه مثبت و منفی زنان دارای همسر با اختلالات روانی*. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰ (۳۸): ۱۹۴-۱۷۷. doi: 10.22054/qccpc.2019.40597.2094

قنبری، بهروز؛ ملکوتی، سید کاظم؛ نجومی، مرضیه؛ علوی، کاوه؛ خالق پرست اطهری، شیوا؛ سهراب زاده، امین (۱۳۹۵). *تأثیر اجرای اقدامات پیشگیرانه پرستاری بر اقدام مجدد به خودکشی*. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران/ نشریه پرستاری ایران، ۲۹ (۹۹): ۴۴-۳۴.

کاظمی، نسا؛ نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاد (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در بهبود خاطرات آسیب‌زا و شناخت‌های پس آسیبی زنان متقاضی طلاق*. پژوهش‌های مشاوره، ۱۶ (۶۱): ۵۹-۳۶.

کاظمی، نسا؛ نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاد (۱۳۹۸). *بررسی اثربخشی آموزش پردازش مجدد هولوگرافیک بر سلامت عمومی و نظم جویی شناختی هیجانی زنان متقاضی*

- طلاق مراجعه کننده به دادگاه شهرستان بیجار در سال ۹۵-۱۳۹۴: یک کارآزمایی آموزشی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۸ (۳): ۲۵۰-۲۳۷.
- منتظری، علی؛ موسوی، سیدجواد؛ امیدواری، سپیده؛ طاووسی، محمود؛ هاشمی، اکرم؛ رستمی، طاهره (۱۳۹۲). افسردگی در ایران: مرور نظام مند متون پژوهشی. فصلنامه پایش، ۱۲ (۶): ۵۹۴-۵۶۷.
- مهرپرور، سهیلا؛ حاجلو، نادر؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در سازگاری روانی با سرطان در زنان مبتلابه سرطان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۸ (۵): ۳۵۲-۳۴۳.
- نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاد؛ قمری گیوی، حسین؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). تأثیر پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک بر بهبود دانش آموزان دارای علائم پس آسیبی (پس از سانحه). فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۱۵ (۲): ۶۲-۵۱.
- هنرپروران، نازنین (۱۳۹۶). اثربخشی رویکرد تلفیقی ایماگو ترایی و رابطه با اثره بر کنترل عواطف زوجین خیانتکار. روش ها و مدل های روان شناختی، ۸ (۲۷): ۲۸-۱۵.

- Antypa, N., Calati, R., Souery, D., Pellegrini, S., Sentissie, O., Amital, D., Moser, U., Montgomery, S., Kasper, S., Zohar, J., Ronchi, D., Mendlewicz, J., & Serretti, A. (2013). *Variation in the HTR1A and HTR2A genes and social adjustment in depressed patients*. Journal of Affective Disorders, 150 (2): 649-652.
- Brandman, W. (2005). *Holographic Memory Resolution*. Perspectives in Psychiatric Care, 41(3): 139-141.
- Curran, T. (2018). *An actor-partner interdependence analysis of cognitive flexibility and indicators of social adjustment among mother-child dyads*. Journal Personality and Individual Differences, 126: 99-103. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.025>.
- De-Leersnyder, J., Kim, H., & Mesquita, B. (2015). *Feeling right is feeling good: psychological well being and emotional fit with culture in autonomy- versus relatedness-promoting situations*. Frontiers in Psychology, 6 (630): 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2015.00630.

- Dennis, JP., & Vanderwal, JS. (2010). *The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity*. Cogn Ther Research. 34(3): 241-53.
- Epstsin, S. (2003). *Cognitive- experiential self- theory of personality*. Comprehensive handbook of psychology.
- Grazioli, VS., Bagge, CL., Studer, J., Bertholet, N., Rougemont-Bucking, A., Mohler-Kuo, M., Daepfen, JB., & Gmel, G. (2018). *Depressive Symptoms, Alcohol Use and Coping Drinking Motives: Examining Various Pathways to Suicide Attempts Among Young Men*. Journal of Affective Disorders. 232: 243-251. doi:10.1016/j.jad.2018.02.028
- Hermana, AM., Critchley, HD., & Duka, Th. (2018). *The role of emotions and physiological arousal in modulating impulsive behaviour*. Biological Psychology. 133: 30–43. doi.org/10.1016/ j.biopsycho.
- Hoey, J., Schroder, T., & Alhothali, A. (2016). *Affect control processes: Intelligent affective interaction using a partially observable Markov decision process*. Artificial Intelligence. 230: 134–172. doi.org/10.1016/j.artint.
- Katz, LS., Douglas, S., Zaleski, K., Williams, J., Huffman, C., & Cojucar, G. (2014). *Comparing holographic reprocessing and prolonged exposure for women veterans with sexual trauma: A pilot randomized trial*. Journal of Contemporary Psychotherapy. 44(1): 9-19. doi.org/10.1007/s10879-013-9248-6.
- Katz, LS., Snetter, MR., Robinson, AH., Hewitt, P., & Cojucar, G. (2008). *Holographic reprocessing: emprcal evidence to reduce posttraumatic cognitions in women weterand with PTSD from sexual trauma and abuse*. Psychotherapy: Theory/Research/ Practice/ Training. 45(2): ۱۸۶–۱۹۸.
- Katz, LS. (2015). *Holographic Reprocessing as a Treatment for Military Sexual Trauma. Warrior Renew: Healing from Military Sexual Trauma*. Spring Publishing Company. 45,191–192.
- Katz, SL. (2005). *Holographic reprocessing: a cognitive- experiential psychotherapy for treatment of trauma*. Taylor & francis group: new york.
- Li, Z., Li, B., Song, X., & Zhang, D. (2017). *Dietary zinc and iron intake and risk of depression: A meta-analysis*. Psychiatry Res. 251 (3): 41-۷.
- Masuda, A., & Tully, EC. (2012). *The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample*.

Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine.
۱۷ (۱): ۶۶-۷۱.

Peak, NJ. (2015). *Book review: Holographic Reprocessing as a Treatment for Military Sexual Trauma*. Journal of Contemporary Psychotherapy, ۴۵ (۳): ۱۹۱-۱۹۲. doi:10.1007/s10879-015-9301-8

Perera, S., Eisen, R., Bawor, M., Dennis, B., De Souza, R., Thabane, L., & Samaan, Z. (2015). *Association between body mass index and suicidal behaviors: a systematic review protocol*. Biomed Central. 4:52. doi:10.1186/s13643-015-0038-y.

Ramaiya, MK., Fiorillo, D., Regmi, U., Robins, CJ., & Kohrt, BA. (2017). *A Cultural Adaptation of Dialectical Behavior Therapy in Nepal*. Cognitive and Behavioral Practice. 24(4): 428-444. doi:10.1016/j.cbpra.2016.12.005.

Serretti, A., Chiesa, A., Souery, D., Calati, R., Sentissi, O., Kasper, S., Akimova, E., Marsano, A., Balestri, M., Alberti, S., Zohar, J., Amital, D., Montgomery, S., & Mendlewicz, J. (2013). *Social adjustment among treatment responder patients with mood disorders*. Journal of Affective Disorders. 150: 961-966. Doi.org/10.1016/j.jad.

Williams, L., & Cambless, DL. (1997). *Are emotion frightening? An extension of the concept*. Behavior Research and therapy. 35(4): ۲۳۹-۲۴۵.

Yoon, S., Dang, V., Mertz, J., & Rottenberg, J. (2018). *Are Attitudes Towards Emotions Associated with Depression? A Conceptual and Meta-Analytic Review*, Journal of Affective Disorders. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.009>.