فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۱، شماره ۲۵، تابستان ۱۴۰۳

بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تمایل مجدد به خودکشی در بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی

افسانه امیری[۱]، مریم ایزدی مزیدی[۲*]، سحر عشرتی[۳]، امیرحسین جعفری[۴]

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خودک شی، اقدام به رفتاری خود آ سیب‌ر سان ا ست که باهدف مرگ انجام می شود و همواره تبعات ب سیاری برای جوامع دا شته ا ست. این مطالعه باهدف برر سی اثربخ شی درمان فراتشخی صی یکپارچه بر تمایل مجدد به خودکشی در بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان تهران انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و دارای طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران طیف سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان شهر تهران با سابقه حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی در سال ۱۴۰۲بود، حجم نمونه این پژوهش برابر با ۴۴ نفر با گمارش تصادفی در ۲ گروه ۲۲ نفری کنترل و آزمایش بود که به شیوه نمونه‌گیری در د سترس انتخاب شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تمایل به خودکشی مجدّد بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان تأثیر معناداری داشته است (P= ۰/۰۵). **نتیجه:** نتایج حاصل از این پژوهش ن شان داد که درمان فراتشخی صی یکپارچه با ا ستفاده از آموزش آگاهی هیجانی، باز شنا سی هیجان‌ها، شنا سایی الگوهای اجتناب از هیجان و ارزیابی مجدد شناختی منجر به کاهش تمایل به خودکشی در بیماران باسابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه، تمایل به خودکشی، سابقه خودکشی.

[۱]دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
[۲]استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)
[۳]استادیار گروه اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۴]استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، تهران، ایران.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

مقدمه

خودکشی[5]، اقدام به رفتاری خود آسیبرسان است که باهدف مرگ انجام می شود (کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل، ۲۰۱۵؛ ترجمه شمسیپور و صباغی پور،۱۳۹۶). که همواره پیامدهای ناگوار فراوانی ازلحاظ جسمی، روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی برای جامعه به دنبال دارد. خودکشی یازدهمین علت مرگ در سطح جهانی است و حدود ۱/۴ درصد از مرگ‌ها ناشی از خودکشی است. به‌طورکلی بیش از ۸۰۰ هزار نفر سالانه براثر خودکشی می‌میرند و در سال ۲۰۱۲ نرخ خودکشی حدود ۱۱/۴ نفر در هر صد هزار نفر برآورد شده است. خودکشی در میان افراد جوان و نوجوان یکی از دو دلیل اصلی مرگ است در دهه گذشته میزان مرگ‌ومیر افراد مخصوصاً نوجوانان به دلیل خودکشی به‌طور پیوسته افزایش‌یافته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). به ازای هر مرگ ناشی از خودکشی ۲۰ تا ۳۰ اقدام به خودکشی وجود دارد و نزدیک به ۴۰ برابر آن، فکر خودکشی در جامعه وجود دارد. علاوه بر آن آثار زیانباری برای بازماندگان دارد و به ازای هر ۱ خودکشی که رخ می‌دهد ۱۳۵ نفر متحمل سوگ شدید می شوند که با احتساب ۸۰۰ هزار خودکشی سالانه در جهان، سالانه ۱۰۸ میلیون نفر سوگ شدید ناشی از خودکشی را تجربه می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). تعداد افرادی که به خودکشی فکر یا اقدام به خودکشی می‌کنند، بسیار بالاتر است. در سال ۲۰۱۹، ۱۲ میلیون آمریکایی به‌طورجدی به خودکشی فکر کرده‌اند، ۳,۵ میلیون نفر نقشه خودکشی داشتند و ۱,۴ میلیون نفر نیز اقدام به خودکشی کرده‌اند، این آسیب در بین گروه‌های سنی مختلف به‌ویژه جوانان و نوجوانان شیوع بالایی دارد و به‌عنوان چهارمین علت خودکشی منجر به مرگ در میان افراد ۱۵تا ۳۴ ساله شناخته‌شده است (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۲۱). خودکشی در میان مردان شایع‌تر است، درحالی‌که رفتارهای خودکشی غیر کشنده در میان زنان و افرادی که جوان، مجرد یا دارای اختلال روان‌پزشکی هستند، شایع‌تر است. باوجود افزایش در درمان افراد دارای اقدام به خودکشی در دهه‌های گذشته، میزان بروز رفتارهای خودکشی تا حد زیادی بدون تغییر باقی‌مانده است (ناک و همکاران، ۲۰۰۸).

تمایل مجدد به خودکشی به طیفی از اظهارات حاکی از خودکشی[6]، اشاره دارد که از تفکر در مورد خودکشی تا ارائه یک طرح، اقدام به خودکشی و نهایتاً خودکشی کامل را در برمی‌گیرد (فلامنبایوم، ۲۰۰۹). در مدل بایودین هم خودکشی فرآیندی ۳ مرحله‌ای است، که شامل فکر، ایده و نقشه و اقدام است (کومینگز و گومینگز، ۲۰۱۲). افکار خودکشی از درد روان‌شناختی یا عاطفی همراه با ناامیدی و عدم وجود ارتباط اجتماعی نشئت می‌گیرند(کلانسکی و می، ۲۰۱۵). ناامیدی و ضعف شدید در مقابله با شرایط مشکلات زندگی ازجمله عواملی است که سطح تاب‌آوری و پذیرش فرد را در مقابل کاهش زندگی، نسبت به تلاش بدبین و بی‌تفاوت کرده و انگیزه هاش را برای پرورش افکار خودکشی در خویشتن تقویت می‌کند. انواع خودکشی شامل خودکشی موفق یا کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی است (تاپار، کلیشاو، کاج و تاپار، ۲۰۱۹). در خودکشی موفق، فرد با انجام عمل مخرب، به خود آسیب‌رسانده که باعث مرگش می‌شود .در اقدام به خودکشی، فرد اقداماتی را برای نابودی خود انجام می‌دهد، ولی منجر به مرگش نمی‌شود و در افکار خودکشی، فرد تفکرات یا خیال‌پردازی برای انجام خودکشی یا آسیب به خود دارد که به‌صورت کلامی یا نوشتاری بیان می‌شود و فرد هنوز در این مورد اقدامی نکرده است (فورتیناش و هولودای وارت، ۲۰۰۸).

ناتوانی دریافتن هرگونه معنا و ارزشی برای زندگی احساس تنهایی را در افراد تشدید کرده و با ایجاد سطح عمیقی از اضطراب در طول زندگی خود، تداوم زندگی برایشان دشوار و غیرممکن می شود (خاتمی و خدابخشی-کولایی، ۲۰۲۱). ناامیدی در فرد و رسیدن به‌نوعی دیدگاه شناختی که مشکلات موجود را غیرقابل‌حل می‌داند و این تفکر که باید تا پایان عمر با رنج و مشقت به زندگی ادامه دهد ازجمله دیدگاه‌های اساسی افراد دارای افکار خودکشی است (اولفسون و همکاران، ۲۰۲۱). این افراد با استفاده از راهکارهای مقابله‌ای غیر سازنده و مخرب در برخورد با مشکلات و اعتقاد به این‌که توان ایجاد تغییر در کلیت زندگی وجود ندارد و آدمی قادر به بهبود وضعیت خویشتن و کاهش مواجهه با تجارب ناخوشایند نیست، دل‌بستگی خود را به زندگی تا حد زیادی ازدست‌داده و به‌مرور زمینه برای گرایش به خودکشی در آنان فراهم می‌شود (براردلی و همکاران، ۲۰۱۹).

---

[5] Suicide

[6] Suicidal manifestations

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

عوامل فراوانی ازجمله عوامل زیستی مثل کاهش سروتونین (شعله ور و همکاران، ۲۰۱۳)، فرهنگی (مکسونی و هگدوس، ۲۰۲۱)، اجتماعی و اقتصادی (حق‌پرست و همکاران، ۲۰۱۸) و عوامل فردی مثل سن (سایمنس و همکاران، ۲۰۱۹)، جنس (تاکر و همکاران، ۲۰۱۹) و شخصیت (پرز و همکاران، ۲۰۱۶) و شناخت (کاسدا و همکاران، ۲۰۱۸) و همچنین اختلالات روان شناختی در سبب شناسی رفتار خودکشی مطرح شده‌اند. برای مثال، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا ازجمله اختلالاتی هستند که با رخداد بیشتر اقدام به خودکشی همراه هستند. حتی اختلال‌های روان‌شناختی با شدت کمتر، مانند اختلال وحشت‌زدگی و اختلال‌های خوردن نیز با خودکشی ارتباط دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۷). بسیاری از افرادی که دچار اختلالات و مشکلات روان‌شناختی هستند در تنظیم هیجان مشکل‌دارند (منصوری و همکاران، ۲۰۱۸)، و آنچه افراد مبتلابه این اختلالات را مستعد رفتار خودکشی می‌کند، درواقع دشواری در تنظیم هیجانی، و انعطاف‌ناپذیری شناختی است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷)، و تنظیم هیجان یکی از عوامل مرتبط با خودکشی است. احتمالاً یکی از ضعف‌های اساسی پژوهش‌ها و همچنین سایر بررسی‌های رفتارهای خودکشی اعم از خودکشی کامل، اقدام به خودکشی و ایده پردازی خودکشی، عدم توجه به نقش هیجان‌ها و فرایندهای تنظیم هیجان می‌باشد، تا جایی که برخی از پژوهشگران، اعتقاددارند بررسی و مطالعه تجارب هیجانی و تنظیم هیجان، مخصوصاً تنظیم شناختی هیجان در مطالعه خودکشی، مهم‌تر از تحلیل نقش ساختارهای مغزی، اختلال‌های روانی، عوامل اجتماعی و سایر عوامل حفاظت کننده و خطرساز در بروز خودکشی خواهد بود و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می‌تواند تلویحات کاربردی مهمی در مداخلات و اقدامات پیشگیرانه خودکشی داشته باشد (حسنی و میر آقایی، ۲۰۱۲).

تاکنون مداخلات روان‌شناختی گوناگونی برای پیشگیری از خودکشی یا جلوگیری از تکرار این رفتار در بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی صورت گرفته است. ازجمله این مداخلات می‌توان به رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر ذهن شفقت ورز (بگیان کوله مرزی و همکاران، ۲۰۱۹)، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی (صالحی و همکاران، ۲۰۱۹)، رواندرمانی پذیرش و تعهد با رویکرد یکپارچه نگر (حمیدی و همکاران، ۲۰۲۱)، مشاوره روان‌پزشکی اورژانسی قبل از تلاش مجدد برای خودکشی (سون و همکاران، ۲۰۲۰؛ حسن‌زاده و همکاران ۲۰۱۰) ، مداخلات روانی اجتماعی باهدف کاهش خطرات خودکشی (وال ییو و همکاران، ۲۰۲۱) ، مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد برای افکار و رفتارهای خودکشی در یک واحد بستری (بنتلی و همکاران، ۲۰۱۸) ، مراقبت‌های روان‌پزشکی پس از بستری شدن مرتبط با خودکشی (قهرمانلو هالووی و همکاران، ۲۰۲۰) ، شناخت درمانی پس از پذیرش برای پیشگیری از خودکشی (لاکروکس و همکاران، ۲۰۱۸) ، تک دوز ثابت کتامین داخل بینی برای کاهش سریع افکار حاد خودکشی بخش اورژانس(درخشانیان و همکاران، ۲۰۲۱)، مداخلات آموزش پیشگیری از خودکشی (برومند و همکاران، ۲۰۲۲) و ... اشاره کرد.

رضایی و همکاران (۲۰۱۴)، به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی بیماران افسرده تحت درمان دارویی در یک نمونه ۳۰ نفری پرداختند، که نتایج حاکی از کاهش نشخوار فکری و اندیشه خودکشی در این بیماران بود.

بنتلی و همکاران (۲۰۱۷) در یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، امکان‌پذیری پروتکل یکپارچه درمان فرا تشخیصی اختلالات عاطفی [UP]) را برای افکار و رفتارهای خودکشی در ۱۲ نفر آزمودند، که با پیگیری شش‌ماهه، کاهش رفتارهای خودکشی را نشان داد.

درمان فراتشخصی یکپارچه یکی از درمان‌های جدید در این حوزه است که نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد. پروتکل یکپارچه[7] برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی (بارلو، ۲۰۱۱)[8]، درواقع یک مداخله شناختی- رفتاری با رویکرد انعطاف‌پذیر است. در این درمان، آسیب‌پذیری‌های سرشتی زیربنایی در اختلالات هیجانی، با پرداختن به جنبه‌های کلیدی پردازش و تنظیم هیجانی هدف قرار می‌گیرد. این پروتکل شامل شش مهارت درمانی اصلی است که عبارت هستند از: ۱)آگاهی، هیجانی مبتنی بر حال، ۲) انعطاف‌پذیری شناختی، ۳) آگاهی به اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان، ۴) آگاهی و تحمل احساس‌های بدنی و ۵) مواجهه هیجانی درون‌زاد و مبتنی بر موقعیت (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱).

[7] Unified protocol
[8] Barlow; UP

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

هدف اصلی درمان فراتشخیصی یکپارچه کسب مهارت توسط مراجعین است که بتوانند به شیوه مؤثر هیجانات منفی را مدیریت نمایند. درمان فراتشخیصی به افراد می‌آموزد چگونه با هیجانات نامناسب خود روبه‌رو شده و به شیوه سازگارانه تری به محرک‌های محیط پاسخ مناسبی بدهند. این رویکرد با تغییر عادت‌های خود نظم جویی هیجان، فراوانی و شدت استفاده از عادت‌های هیجانی ناسازگارانه را کم کرده و میزان آسیب را کاهش داده و کارکرد اجتماعی، ارتباطی، رفتاری و روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (زاوالا و همکاران، ۲۰۲۱). متداول‌ترین راهبرد تنظیم هیجان به کار بستن راهبردهای شناختی می‌باشد. فرد با کمک این راهبردها، هیجان خود را تنظیم کرده و تاب‌آوری فرد در مقابل شرایط سخت زندگی و وقایع ناگوار افزایش می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی فعال می‌شوند و پاسخ‌های هیجانی اولیه و پردازش‌های بعدی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (گراس، ۲۰۱۵). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناکارآمد نظیر خود سرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه انگاری رابطه قوی‌تری با شاخص‌های مشکلات هیجانی نظیر تمایل به خودکشی و پرخاشگری دارند (چستر و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که در تنظیم هیجان‌های خویش مشکل‌دارند و از راهبردهای منفی جهت کنترل هیجان‌های خود استفاده می‌کنند، افکار خودکشی بالاتری داشته و به‌احتمال بیشتری دست به خودکشی می‌زنند (براوش و وودس، ۲۰۱۹).

پروتکل فراتشخیصی یکپارچه یک پروتکل درمانی نسبتاً جدید است که به‌تازگی توجه بسیاری از پژوهشگران و بالینگران حیطه‌های مختلف در حوزه هیجان را به خود جلب کرده است. در ایران این پروتکل درمانی توسط ایزدی (۲۰۱۹) در قالب یک مطالعه تک‌موردی اثر درمان فراتشخیصی بر خود جرحی (خودزنی) در نوجوانان، و گله‌گیریان و همکاران (۲۰۲۱) اثرگذاری درمان فراتشخیصی بر اجتناب تجربه‌ای و اندیشه پردازی خودکشی، مورداستفاده قرارگرفته است. برای تکمیل دست آورده‌ای این درمان، در این پژوهش این پروتکل با حجم نمونه ۴۴ نفر بر روی بیماران با تمایل مجدد به خودکشی انجام شد و نتایج اثرگذاری این پروتکل را تائید کرد.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. طی مصاحبه، ۵۰ بیمار در طیف سنی ۱۸ تا ۴۰ سال که حداقل یک تشخیص در حوزه اختلالت هیجانی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، داشتند، به شیوه هدفمند در بیمارستان بهارلو و روزبه در سال ۱۴۰۲ انتخاب شدند. لازم به توضیح است که حجم نمونه محاسبه شده ۴۴ نفر بود اما با توجه به‌احتمال ریزش آزمودنی، ۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. در طول مطالعه، ۶ نفر (۴ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل) از ادامه همکاری منصرف شدند.

پس از ارائه توضیحات لازم در خصوص پژوهش و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از بیماران، مقیاس سنجش افکار خودکشی بک در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش، علاوه بر درمان‌های معمول، ۸ جلسه مداخله فراتشخیصی یکپارچه ۹۰ دقیقه‌ای را به‌صورت انفرادی و هفتگی دریافت کردند و گروه کنترل فقط تحت درمان‌های معمول قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات مداخله، پس‌آزمون در مورد شرکت‌کنندگان هر دو گروه اجرا شد.

در این پژوهش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کمولوگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کوواریانس ترکیبی (GLMRM) برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه‌وتحلیل شدند.

مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (BSSI):

این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۱۹ سؤالی است که به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه‌شده است. هر سؤال روی یک مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۲ تنظیم‌شده است. نمره کلی فرد از ۰ تا ۳۸ است که بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود، سؤالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل برخود، عوامل بازدارند خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را می‌سنجد (انیسی و همکاران، ۲۰۰۴).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

مطالعات گذشته نشان داده‌اند که مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استانداردشده افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است و ضرایب همبستگی دامنه‌اش از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین همبستگی این مقیاس با سؤال خودکشی پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ گزارش‌شده است. علاوه بر این همبستگی مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین مطالعات نشان دادند که پایایی این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی (محاسبه آلفای کرونباخ) ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون- باز آزمون ۰/۵۴ است.

برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۷) بود که از پژوهش ایزدی مزیدی (۲۰۱۹) اقتباس شده است (جدول ۱). این درمان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه به شرح زیر اجرا شد.

جدول ۱- ماژول‌های پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی

ماژول	اهداف	جلسات
اول	افزایش انگیزه و درگیری با درمان	افزایش انگیزه برای مشارکت و درگیری بیماران در درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	آموزش روانی و ردیابی تجارب هیجانی	آموزش و تعریف هیجانات، اهداف هیجانات، اجزای هیجان، رفتارهای ناشی از هیجان و تأثیر آن‌ها بر تجارب هیجانی، آشنایی با چرخه اجتناب و اثرات متناقض اجتناب از هیجان. معرفی و بررسی رفتارهای هیجانی، ارائه دلیل لزوم مقابله با رفتارهای هیجانی ناسازگار، کمک به مراجع برای شناسایی و مقابله با این رفتارها.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	آموزش ارتباط بین حس‌های بدنی و هیجانات شدید، انجام اسکن بدنی برای آگاهی بیشتر از نشانه‌های بدنی، تجربه نشانه‌های بدنی و تحمل آن‌ها بدون اجتناب از آن‌ها.
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و تله‌های فکری رایج، و آموزش ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر، و مهارت حل مسئله.
پنجم	اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان(EDBS)	آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارت هیجانی و آگاهی از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
ششم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	آموزش آگاهی بیشتر نسبت به تجارب هیجانی خود با یک رویکرد معطوف به حال و غیر قضاوتی نسبت به این تجارب هیجانی.
هفتم	رویارویی احشایی و هیجانی مبتنی بر موقعیت	مرور مهارت‌هایی که از ابتدای درمان تاکنون آموخته‌شده است، تهیه سلسله‌مراتب هیجانی برای تجزیه موقعیت‌هایی که هیجانات قوی را برمی‌انگیزند، و طراحی تمرین‌های مواجهه با هیجان‌ها به‌طور مؤثر و مکرر به‌صورت تجسمی و عینی، و ممانعت از اجتناب.
هشتم	پیشگیری از عود	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان، و بحث در مورد بهبودی و پیشرفته‌ای درمانی بیمار.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در جداول زیر گزارش‌شده است.

جدول ۲- میانگین‌ها در آزمون کوواریانس

آزمون‌ها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد	گروه کنترل	۲۲	۱۵,۹۵	۷,۲۷
	گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)	۲۲	۲۰,۶۳	۵,۹۷
پس‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد	گروه کنترل	۲۲	۱۷,۵۰	۶,۶۳
	گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)	۲۲	۹,۵۰	۲,۴۸

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

با توجه به مقادیر به‌دست‌آمده در این آزمون میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیر تمایل به خوکشی مجدد درگروهای کنترل و آزمایش به ترتیب برابر با ۱۵,۹۵ و ۲۰,۶۳ می‌باشد که این میانگین‌ها در پس‌آزمون این گروه‌ها به ترتیب برابر با ۱۷,۵۰ و ۹,۵۰ گزارش‌شده‌اند که شاهد تفاوت قابل‌توجهی (کاهش نمره تمایل به خوکشی مجدد) در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تمایل به خوکشی مجدد می‌باشیم.

جدول ۳- آزمون ام باکس[۹]

آماره‌ها	مقادیر
مقدار آزمون	۴,۱۱
Fمقدار	۱,۸۳
درجه آزادی اول	۳
درجه آزادی دوم	۳۱۷۵۲۰
سطح معناداری	۰,۱۷

با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون باکس باید از مقدار بحرانی و استاندارد ۰,۰۵ بزرگ‌تر باشد، در این آزمون نیز بزرگ‌تر از ۰,۰۵ و برابر با ۰,۱۷ گزارش‌شده است، بدین معنی که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده در بین گروه‌های مختلف برابرند و بیانگر آن است که پیش‌شرط آزمون تحلیل واریانس ترکیبی یعنی برابری کوواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴- لوین[۱۰]

منبع	نوع محاسبه	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش‌آزمون تمایل به خوکشی	بر اساس معیار میانگین‌ها	۱	۴۲	۰,۲۵
پس‌آزمون تمایل به خوکشی				۰,۱۷

با توجه به جدول آزمون لوین که به مقایسه واریانس‌ها در دو گروه پرداخته است و مقادیر سطوح معناداری به‌دست‌آمده در آن، که از مقدار بحرانی ۰,۰۵ بزرگ‌تر گزارش‌شده است نیز می‌توان استنباط نمود که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها مشاهده نشده است.

جدول ۵- آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
رهگیری (پیش‌آزمون)	۱۱۱۲۰,۴۶	۱	۱۱۱۲۰,۴۶	۳۵۸,۲۰	۰,۰۰۰۱
گروه‌ها	۳۰,۲۷	۱	۳۰,۲۷	۱۱,۰۴	۰,۰۰۰۱
خطا	۱۲۱۲,۵۱	۴۲	۲۸,۸۶	***	***

با توجه به نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها و سطوح معناداری حاصله از آن‌که از مقدار استاندارد و بحرانی ۰,۰۵ کوچک‌تر گزارش‌شده است، می‌توان استنباط نمود که حداقل ۱ گروه از ۲ گروه موردمطالعه دارای تفاوت معناداری در میانگین متغیر تمایل به خوکشی مجدد می‌باشند.

جدول ۶- آزمون تقابل درون آزمودنی‌ها و درون‌گروهی‌ها

منبع	آزمون‌ها	میانگین مجذورات	DF	مقدار F	سطح معناداری
درون آزمودنی (گروه آزمایش)	پیش‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد	۱۰۱۱,۸۴	۱	۴۳,۵۴	۰,۰۰۰۱
	پس‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد				

[۹] **Box's M**
[۱۰] **Levene's Test**

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

درون‌گروهی (گروه کنترل)	پیش‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد	۱۷۶۹,۱۱	۱	۷۶,۱۲	۰,۰۰۰۱
	پس‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد				

با توجه به جدول آزمون تقابل درون آزمودنی‌ها و درون‌گروهی‌ها و سطح معناداری به‌دست‌آمده از آن‌که کوچک‌تر از مقدار استاندارد و بحرانی ۰,۰۵ و برابر با ۰,۰۰۰۱ می‌باشد در مقایسه درون آزمودنی و درون‌گروهی، آزمون‌های دو گروه با یکدیگر دارای تفاوت معناداری می‌باشند.

جدول ۷- آزمون‌های تعقیبی (آزمون معنی‌داری (MANCOVA)) بر روی میانگین پس‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد

نام آزمون	مقدار آزمون	مقدار F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلانی	۰,۶۴	۷۶,۱۲	۱	۴۲	۰,۰۰۰۱	۰,۶۴	۰,۹۵
آزمون لاندای ویلکز	۰,۳۵	۷۶,۱۲	۱	۴۲	۰,۰۰۰۱	۰,۶۴	۰,۹۵
آزمون اثر هتلینگ	۱,۸۱	۷۶,۱۲	۱	۴۲	۰,۰۰۰۱	۰,۶۴	۰,۹۵
آزمون بزرگ‌ترین ریشه	۱,۸۱	۷۶,۱۲	۱	۴۲	۰,۰۰۰۱	۰,۶۴	۰,۹۵

مقدار آزمون لاندای ویلکز با ۱ دارای فاصله زیادی می‌باشد و سطح معناداری کلیه آزمون‌های (آزمون اثر پیلانی، آزمون لاندای ویلکز، آزمون اثر هتلینگ و آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی) نیز برابر با ۰,۰۰۰۱ می‌باشد که با اطمینان ۰,۹۵ از مقدار استاندارد و بحرانی ۰,۰۵ کوچک‌تر می‌باشد، پس بیانگر آن است که میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای تفاوت معناداری با یکدیگر هستند. برای پی بردن به نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس مقدار مجذور اتا نشان داده است که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰,۶۴ است، یعنی ۶۴ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تمایل به خوکشی مجدد مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌باشد. توان آماری برابر با ۰,۹۵ است، پس می‌توان چنین استنباط نمود که متغیری که در این پژوهش به‌صورت آزمایشی به کار گرفته‌شده است (درمان فراتشخیصی یکپارچه) اثرگذار بوده و باعث کاهش تمایل به خوکشی مجدد بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی گردیده و فرضیه فوق تائید می‌گردد، پس درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تمایل به خوکشی مجدد بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان تهران مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تمایل مجدد خودکشی در بیماران باسابقه اقدام به خودکشی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد این رویکرد درمانی بر تمایل مجدد به خودکشی مؤثر بوده است ($P<0/05$). نتایج این پژوهش با یافته‌های ایزدی (۲۰۱۹)، و گله‌گیریان و همکاران (۲۰۲۱)، به‌نوعی هم سو است.

در تبیین این یافته می‌توان به راهبرد حذف اجتناب تجربه‌ای در این مداخله اشاره کرد که انتظار می‌رود مداخله از طریق آن اثربخش باشد. بسیاری از پژوهشگران حیطه رفتارهای خود آسیب‌رسان، خودکشی را به‌عنوان یک رفتار اجتنابی معرفی کرده‌اند (ناک، ۲۰۰۹). آموزش‌های موجود در پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث تعدیل هیجانات، افزایش انعطاف‌پذیری، وضوح هیجانات و پذیرش آن‌ها و افزایش تحمل حس‌های مختلف بدنی در بیماران می‌شود. ارتقاء توانایی فرد برای پذیرش تجارب هیجانی آزارنده به‌جای اجتناب از آن‌ها می‌تواند یک راهبرد درمانی بادوام باشد (ناک و همکاران، ۲۰۰۷). درواقع درمان فراتشخیصی یکپارچه با آماج قرار دادن مستقیم عواطف منفی در حالات هیجانی افراد تغییر ایجاد می‌کند. این رویکرد درمانی، تجارب منفی هیجانی را آزارنده نمی‌داند و نیازی به کاهش آن نمی‌بیند، بلکه آن‌ها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی دانسته و به‌جای کاهش واکنش‌های عاطفی نسبت به هیجان‌های منفی، به کاهش خود

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

هیجان‌های منفی از طریق فرآیند تنظیم هیجان می‌پردازد (عبدی و همکاران، ۲۰۱۲). این درمان ازآن‌جهت که بر اساس تنظیم هیجانات قرار دارد می‌تواند درزمینهٔ بهبود اجتناب تجربه‌ای در این افراد کارآمد باشد (هاروی و همکاران ۲۰۰۴). پروتکل یکپارچه به آموزش روانی درباره ماهیت هیجان‌ها و مؤلفه‌های اصلی تجارب هیجانی می‌پردازد و به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند تجارب هیجانی خود را ردیابی کنند یعنی بتوانند راه‌اندازهای تجارب هیجانی، پاسخ خود به این هیجانات، و پیامدهای این پاسخ‌ها را شناسایی کنند. بیماران در ماژول ششم، هستهٔ اصلی این مداخله یعنی آگاهی بیشتر نسبت به تجارب هیجانی خود با یک رویکرد معطوف به حال و غیر قضاوتی نسبت به این تجارب هیجانی و شناختی- و شناسایی و کنترل هیجانات مختلف، را می‌آموزند. این کار با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و القاء هیجانی انجام می‌شود (اهرنریچ-می و همکاران، ۲۰۱۸)، و باعث رشد توانایی آن‌ها در شناسایی افکار، احساس‌های جسمی و رفتارهایی که در ناراحتی آن‌ها نقش دارند، می‌شود، و در این روند ظرفیت تحمل این احساس‌ها در بیمار از طریق رویارویی احشایی بالا می‌رود و درنتیجه می‌توان گفت درد هیجانی منجر به رفتارهای خود آسیب‌رسان در آنان کمتر خواهد بود (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۰) و احتمال تمایل به خودکشی مجدد در این افراد کمتر می‌شود.

در این پروتکل برای تغییر تجربه هیجانی از ارزیابی مجدد شناختی استفاده می‌شود این موضوع می‌تواند از تشدید عاطفه منفی و میل به رفتار خود آسیب‌رسان پیشگیری کند (بنتلی و همکاران، ۲۰۱۷). در ماژول چهارم که به ارزیابی و تغییر ارزیابی شناختی می‌پردازد، به بیماران کمک می‌شود تا نسبت به نحوه تفسیر و ارزیابی خود از موقعیت‌ها آگاهی بیشتری پیدا کنند و بدانند که افکار چگونه بر چرخه‌های واکنش هیجانی تأثیر دارد. هدف از تغییر در ارزیابی شناختی افزایش انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های ارزیابی است، در این ماژول بیماران می‌آموزند که ارزیابی‌های خود آیند ناسازگارانه خود (تله‌های فکری) را شناسایی کنند، تأثیر این ارزیابی‌ها بر حالت‌های خلقی یا هیجانی خود را تشخیص دهند (و البته تأثیر خلقیات یا هیجانات بر چگونگی ارزیابی موقعیت)، این ارزیابی‌ها را (با استفاده از تکنیک‌های شناختی مختلف) موردسنجش قرار دهند، و به انعطاف‌پذیری بیشتری در طرز فکر خود دست یابند (بارلو، ۲۰۱۱). با یادگیری و استفاده از مهارت شناسایی و اصلاح تمایلات رفتاری ناسازگارانه یا رفتارهای کنترل نشده ناشی از هیجان، و تنظیم هیجان، میزان تمایل به رفتار ناسازگارانه ازجمله تمایل به خودکشی مجدد در بیماران کاهش می‌یابد.

و درنهایت می‌توان گفت در این پروتکل در ماژول سوم با آموزش حس‌های بدنی و تحمل آن‌ها، بیمار توانایی شناسایی نقش حس‌های بدنی در افکار، رفتارها و تأثیر متقابل آن‌ها را کسب می‌کند. و در ماژول هفت با مواجهه ماشه چکان‌های درونی (شامل حس‌های بدنی) و بیرونی هیجان، فرصت‌هایی فراهم می‌شود تا آگاهی و تحمل فرد برای تجارب منفی افزایش‌یافته، و باعث ارتقاء سطح پاسخ‌های انطباقی هنگام تجربه این حس‌ها شود (اهرنریچ-می و همکاران، ۲۰۱۲). تأکید رویارویی‌ها روی آن دسته از تجارب هیجانی است که در موقعیت‌ها برانگیخته می‌شوند. بیمار می‌آموزد تا به‌صورت تدریجی با محرک‌های درونی و بیرونی که موجب واکنش‌های هیجانی شدید می‌شوند، روبه‌رو شده و پاسخ‌های خود به آن هیجان‌ها را اصلاح کند و پاسخ سازگارانه تری به موقعیت هیجان زا بدهد، درنتیجه تمایل به خودکشی که رفتاری ناسازگارانه است در این بیماران کاهش می‌یابد.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر توانسته بر تمایل به خودکشی مجدد در بیماران دارای سابقه خودکشی مؤثر باشد و منجر به کاهش تمایل به خودکشی مجدد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل‌شده است.

لازم به ذکر است این مطالعه دارای یک سری محدودیت‌ها بود، یکی از این محدودیت‌ها انتخاب نمونه‌ها از میان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان اعصاب و روان دارای سابقه اقدام به خودکشی در طیف سنی ۱۸-۴۰ سال و محدود بودن تعداد بیماران بود. بنابراین در تعمیم نتایج به افراد جوامع دیگر و زیرگروه‌های سنی دیگر و همچنین افراد اقدام کننده به رفتارهای خود آسیب‌رسان بدون قصد خودکشی باید دقت کافی مبذول شود.

پیشنهاد: با توجه به افزایش رو به رشد شیوع خودکشی به‌عنوان یک راهبرد اجتنابی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در مراکز درمانی و مشاوره‌ای توسط متخصصین بهداشت روانی به کار گرفته شود. برای تعمیم بهتر پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده از گروه‌های سنی دیگر با تعداد بیشتر و در شهرها و فرهنگ‌های مختلف اجرا شود. با توجه به این‌که رفتار

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

خودکشی در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی نسبت به سایر زیرگروه‌های سنی شایع‌تر است، پیشنهاد می‌شود که این مداخله، در قالب پروتکل‌های آموزش روانی و به‌منظور پیشگیری از رفتارهای خود آسیب‌رسان، برای عموم دانشجویان و دانش‌آموزان به کار رود.

تشکر و قدردانی:

از تمام مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران، به‌ویژه مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان روزبه و بهارلو ، که در انجام این پژوهش همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

کد اخلاق:

پس از طی مراحل اداری و گرفتن مجوز برای نمونه گیری و داده یابی، کد اخلاق به شناسه IR.IAU.SEMNAN.REC.1402.005 و کد IRCT با شماره IRCT20230627058601N1 از مرکز بین‌المللی ثبت کارآزمایی های بالینی ایران ، عضو مراکز بین‌المللی مورد تائید سازمان جهانی بهداشت، دریافت شد.

Reference

Abdi, Reza; Bakhshi, Abbas and Mahmoud Alilo, Majid. (2013). the efficacy of integrated transdiagnostic treatment in reducing the severity of transdiagnostic factors and symptoms of emotional disorders. Psychological Methods and Models, 3(13), 1-27. [In Persian].

Anisi C, Fathi Ashtiani A, Salimi S, Ahmadi-Nodeh K, (2004), evaluation of the reliability and validity of the Beck Suicidal Ideation Scale (BSSI) in soldiers, Journal of Military Medicine, Volume 7, Number 1(23), 33-37. [In Persian].

Azizi A, Mirzaei A, Shams J, (2010). Examining the relationship between disturbance tolerance and adjustment emotion with the degree of dependence of students on smoking. Hakim Research Journal, (1), 11.13-18. [In Persian].

Baghian Kole Merzi, Mohammad Javad; Karmi, Jahangir; Believing, God-willed and divine, righteous. (2018). The effectiveness of integrating dialectical behavior therapy on the mind of compassion and compassion on reducing cognitive acceptance and motives for committing suicide in people who commit suicide. Cognitive Achievement, 4(2), 1-26. [In Persian].

Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011

Barlow DH, Integrated Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders New York; 2011.

Barlow, D.H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S. and et al. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 74(9), 875 84.

Bentley KH, Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins CF, Conklin LR, Vento S, Homer D. Treating Suicidal Thoughts and Behaviors Within an Emotional Disorders Framework: Acceptability and Feasibility of the Unified Protocol in an Inpatient Setting. Behav Modif. 2017; 41(4):529-557.

Bentley KH, Sauer-Zavala S, Stevens KT, Washburn JJ. Implementing an evidence-based psychological intervention for suicidal thoughts and behaviors on an inpatient unit: Process, challenges, and initial findings. Gen Hosp Psychiatry. 2020 Mar-Apr; 63:76-82. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2018.09.012. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30293841.

Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Hawkins, M., Cocco, G., Erbuto, D., Lester, D., & Pompili, M. (2019). The Role of Demoralization and Hopelessness in Suicide Risk in Schizophrenia: A Review of the Literature. Medicina (Kaunas, Lithuania), 55(5), 200.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

Brausch AM, Woods SE. Emotion regulation deficits and nonsuicidal self‐injury prospectively predict suicide ideation in adolescents. Suicide and Life‐Threatening Behavior. 2019; 49(3):868-80.

Broumand.N., Naziri.Q., Davodi.A., Fateh.N., 2022; Effectiveness of suicide prevention training on cognitive reactivity, suicidal thoughts and social health in repeat suicide attempters; Iranian Journal of Nursing Research, 17(6), 43-55. [In Persian].

Cáceda R, Griffin WST, Delgado PL. A probe in the connection between inflammation, cognition and suicide. Journal of Psychopharmacolgy. 2018; 32(4):482-8.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). National Center for Injury Prevention and Control. Suicide Prevention. Retrived of https://www.cdc.gov/suicide.

Chester DS, Merwin LM, DeWall CN. Maladaptive perfectionism's link to aggression and self‐harm: Emotion regulation as a mechanism. Aggressive Behavior. 2015; 41(5):443-54.

Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2012). Refocused psychotherapy as the first line intervention in behavioral health. Routledge.

Derakhshanian S, Zhou M, Rath A, Barlow R, Bertrand S, DeGraw C, Lee C, Hasoon J, Kaye AD. Role of Ketamine in the Treatment of Psychiatric Disorders. Health Psychol Res. 2021 Jun 22; 9(1):25091. doi: 10.52965/001c.25091. PMID: 35106397; PMCID: PMC8801551.

Flamenbalum,Ricardo (2009)Testing Student's Theory Of Suicide: Psychloghe As A Prospective Predictor Of Suicidality And Comparison With Hopelessness. (Ph.D thesis). Queen's University.

Fortinash KM and Holoday Worret PA. (2008). Psychiatric Mental Health Nursing. 4thed. St. Louis: Mosby Elsevier. 2008, p.502.

Galehgirian, S. Deireh, E. Qumrani, A. Poladi, A. (2020). The effectiveness of unified transdiagnostic on experiential suffering and suicidal ideation in girls who are victims of domestic violence. Cognitive Methods and Models, 12(46), 69-84. [In Persian].

Ghahramanlou-Holloway M, LaCroix JM, Perera KU, Neely L, Grammer G, Weaver J, Novak LA, Colborn V, Lee-Tauler SY. Inpatient psychiatric care following a suicide-related hospitalization: A pilot trial of Post-Admission Cognitive Therapy in a military medical center. Gen Hosp Psychiatry. 2020 Mar-Apr; 63:46-53. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2018.11.006. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30503218.

Gratz KL, Roemer L. Journal of psychopathology and behavioral assessment. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004; 26(1):41-54.

Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. Journal of Psychological Inquiry.2015; 26(1):126.

Haghparast-Bidgoli H, Rinaldi G, Shahnavazi H, Bouraghi H, Kiadaliri AA. Socio-demographic and economic factors associated with suicide mortality in Iran, 2001-2010: application of a decomposition model. International Journal for Equity in Health. 2018; 17(1):77.

Hamidi, Mahin; Lotfi Kashani, Farah; Ahi, Qasim and Hojjat, Kaveh. (2021). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment psychotherapy with an integrative approach on the coherent self-knowledge of people attempting suicide. North Khorasan University of Medical Sciences, 13 (2), 103-110. [In Persian].

Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment.Oxford: Oxford UniversityPress.

Hasni Jafar, & Mir Aghaei Ali Mohammad. (2012). the relationship between cognitive emotion regulation strategies and suicidal ideation. Publication: Contemporary Psychology. 7(1); 61-72. [In Persian].

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

Hassanzadeh, M., Nojomi, M., Fleishman, A., and Eshrati, T. (2010). Brief intervention and contact after deliberate self-harm: an Iranian randomized controlled trial. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 4(2), 5-12. [In Persian].

Izadi Mazidi, M. Examining the efficacy of integrated transdiagnostic protocol on NSSI in adolescent girls, Doctoral Dissertation of Clinical Psychology. University of Shahed; (2018). [In Persian].

Khatami, M., & Khodabakhshi-Koolaee, A. (2021). An Analysis of Meaningless and Absurd Experiences in Unsuccessful Suicide Attempts in Iran. Journal of Practice in Clinical Psychology, 9(1), 61-70.

Klonsky ED, May AM. (2015). the three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. International Journal of Cognitive Therapy, 8(2), 114-129.

LaCroix JM, Perera KU, Neely LL, Grammer G, Weaver J, Ghahramanlou-Holloway M. Pilot trial of post-admission cognitive therapy: Inpatient program for suicide prevention. Psychol Serv. 2018 Aug; 15(3):279-288. doi: 10.1037/ser0000224. PMID: 30080085.

Mansouri A, Nejat H, Mansouri N. The mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between the brain behavioral systems and the severity of insomnia. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2018; 15(4),

Moksony, F., & Hegedűs, R. (2021). Religion and the stigma of suicide: A quantitative analysis using nationwide survey data from Hungary. Religions, 12(11), 908.

Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008; 30(1):133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002. Epub 2008 Jul 24. PMID: 18653727; PMCID: PMC2576496.

Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychol Assess. 2007 Sep; 19(3):309-17. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.309. PMID: 17845122.

Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights into the Nature and Functions of Self-Injury. Curr Dir Psychol Sci. 2009 Apr 1; 18(2):78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x. PMID: 20161092; PMCID: PMC2744421.

Olfson, M., Cosgrove, C., Altekruse, S. F., Wall, M. M., & Blanco, C. (2021). Deaths of Despair: Adults at High Risk for Death by Suicide, Poisoning, Or Chronic Liver Disease in the US. Health affairs (Project Hope), 40(3), 505–512.

Perez NM, Jennings WG, Piquero AR, Baglivio MT. Adverse childhood experiences and suicide attempts: The mediating influence of personality development and problem behaviors. Journal of Youth Adolescence. 2016; 45(8):1527-45.

Rezaei, M. Hatami, S. Hojjat, S. Ain Beigi, E. Panah, M. Monadi, H. (2014). The effectiveness of metacognitive therapy on suicidal ideation in depressed patients under drug treatment. Clinical psychology studies, 6th year, (2015), 22 (scientific paper of the Ministry of Science). [In Persian].

Salehi, M. N; Beshlideh, K; Hamid, N and Arshadhi, N. (2019). Comparing the effectiveness of holographic reprocessing therapy and dialectical behavior therapy on emotional control and social adjustment of depressed patients attempting suicide. Medical Science Studies, 30(11), 940-924. [In Persian].

Sauer-Zavala S, Rosellini AJ, Bentley KH, Ametaj AA, Boswell JF, Cassiello-Robbins C, Wilner Tirpak J, Farchione TJ, Barlow DH. Skill Acquisition during Transdiagnostic Treatment with the Unified Protocol. Behav Ther. 2021 Nov; 52(6):1325-1338. doi: 10.1016/j.beth.2021.03.001. Epub 2021 Mar 11. PMID: 34656189.

Sholehvar F, Takhshid M A, Rafiei M. Review of metabolism, transport and role of serotonin in the body and the relation between serotonin and diseases. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2013; 3(1):9-17. [In Persian].

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

Simons K, Van Orden K, Conner KR, Bagge C. Age differences in suicide risk screening and management prior to suicide attempts. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2019; 27(6):604-8.

Son JM, Jeong J, Ro YS, Hong W, Hong KJ, Song KJ, and Do Shin S. Effect of previous emergency psychiatric consultation on suicide re-attempts - A multi-center observational study. Am J Emerg Med. 2020 Sep; 38(9):1743-1747. doi: 10.1016/j.ajem.2020.05.030. Epub 2020 May 16. PMID: 32738470.

Thapar P, Collishaw S, Pine DS and Thapar AK. (2019). Depression in adolescence Lancet. 2019; 379(9820): 1056-1067.

Tucker RP, Testa RJ, Reger MA, Simpson TL, Shipherd JC, Lehavot K. Current and military‐specific gender minority stress factors and their relationship with suicide ideation in transgender veterans. Suicide Life Threatening Behavior. 2019; 49(1):155-66.

World Health Organisation. (2015). preventing suicide: A global imperative. Retrieved December 28, 2015; from http://www.who. Int/mental_health/suicide-prevention/world_re port_2014/en.

World Health Organization. (WHO). (2019). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization.https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643.

Yiu HW, Rowe S, Wood L. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. Psychiatry Res. 2021 Nov; 305:114175. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114175. Epub 2021 Aug 16. PMID: 34455215.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Suicidal Tendencies, in Patients with History of Suicide

Afsaneh Amiri[۱۱], Maryam Izadi Mazidi[۱۲], Sahar Eshrati[۱۳], Amirhossein Jafari[۱۴]

Abstract

Background & Aims: Suicide is an act of self-harming behavior that is done with the aim of death and has always had many consequences for societies. This study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on suicidal tendencies in patients with a history of suicide attempts referred to Tehran neuropsychiatric hospitals.**Materials & Methods:** The current research is a semi-experimental type with a pre-test-post-test design, along with a control group. The statistical population of the present study included patients aged 18 to 40 years, referred to neuropsychiatric hospitals in Tehran with a history of at least one suicide attempt in 1402, the sample size of this study is 44 people with random assignment in 2 control groups of 22 people. And the experiment was selected by available sampling method. **Results:** The findings of this research showed that the unified transdiagnostic treatment had a significant effect on the desire to repeat suicide in patients with a history of suicide attempts referred to neuropsychiatric hospitals (P=0.05). **Conclusion** The results of this research showed that unified transdiagnostic treatment using emotional awareness training, recognition of emotions, identification of emotion avoidance patterns and cognitive re-evaluation leads to a reduction in suicidal tendencies in patients with a history of suicide attempts.

Keywords: Unified Transdiagnostic Treatment, Suicidal Tendencies, History of Suicide.

[11] Master's student in clinical psychology, Semnan branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

[12]Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran (Corresponding Author)

[13] Assistant Professor, Department of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[14] Assistant Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Psychiatry Hospital, Tehran, Iran.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]