

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی همراه با آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی در دختران اقدام‌کننده به خودکشی

مهدی زمستانی<sup>۱</sup>

ناصر یوسفی<sup>۲</sup>

سارا کشاورزی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی همراه با آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی در میان دختران اقدام‌کننده به خودکشی بود. طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی بود که از طرح گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده می‌کند. جامعه پژوهش حاضر را تمام دختران دارای پیشینه خودکشی در شهرستان سندج تشکیل می‌دادند که پس از ارزیابی بالینی اولیه و کسب ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد ۱۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت داوطلبانه در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و گواه (۱۰ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایش، ۱۲ جلسه هفتگی گروه‌درمانی شناختی رفتاری همراه با آموزش خانواده را دریافت داشتند. ابزارهای مورداستفاده پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSII) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) بودند. برای تجزیه و تحلیل نتایج از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است. نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری همراه با آموزش خانواده اثر معنی‌داری بر کاهش علائم افسردگی، افکار خودکشی گرا و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان داشته است. دستاوردهای درمانی، در پیگیری ۳ ماهه همچنان حفظ شده بودند. می‌توان گروه‌درمانی شناختی رفتاری همراه با آموزش خانواده را به‌عنوان درمان گروهی اثربخش برای دختران دارای افکار خودکشی گرا به‌کار بست.

**کلیدواژه‌ها:** گروه‌درمانی شناختی رفتاری، آموزش خانواده، افسردگی، افکار خودکشی گرا، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان

۱. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه کردستان m.zemestani@uok.ac.ir

۲. دانشیار گروه مشاوره خانواده دانشگاه کردستان

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه کردستان

## مقدمه

خودکشی<sup>۱</sup> یکی از چالش‌های بهداشت روانی است که نرخ گسترش آن در طی ۵۰ سال اخیر سیر افزایشی داشته، به طوری که در هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهد. خودکشی جزء سه علت اصلی مرگ‌ومیر در میان افراد ۳۵-۱۵ سال است. بر پایه آمار مرکز مهار بیماری‌ها در آمریکا، خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر در نوجوانان و جوانان پس از تصادفات است و سرتاسر دنیا پس از تصادفات و کشتار سومین عامل در این رده سنی به شمار آورده می‌شود (سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ لگ و ناک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). با وجود اینکه در کشورهای غربی آمار رسمی و منتشرشده در رابطه با خودکشی وجود دارد اما در ایران خودکشی هنوز امری پنهانی انگاشته می‌شود و کارگزاران و نهادهای ذی‌ربط از نشان دادن آمارهای رسمی درباره آن خودداری می‌کنند از این رو تنها می‌توان از گفته‌های برخی از کارگزاران و گزارش‌های غیررسمی نرخ‌هایی را استنباط کرد. برخی از گزارش‌ها حاکی از آن است که در طی سال‌های ۸۹ تا ۹۳ تراز خودکشی در ایران دو برابر گردیده درحالی که رشد جمعیت به این میزان نبوده و این امر حکایت از آن دارد که رشد خودکشی با آهنگی پرشتاب‌تر از رشد جمعیت رو به فزونی است (جلیلیان، ۱۳۹۱). گرایش به خودکشی به دوره‌ای ویژه از زندگی تعلق ندارد اما در سال‌های اخیر خودکشی به ویژه در میان افراد نوجوان و جوان افزایش نگران‌کننده‌ای داشته است. این گونه به نظر می‌رسد که دگرگونی ساختار جمعیتی کشور و جوان‌تر شدن آن مساوی است با افزایش افراد اقدام‌کننده به خودکشی (پیری، ۱۳۹۱).

دختران با توجه به ویژگی‌های برجسته خود، شکنندگی بیشتری داشته و سرانجام بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند (بختیار پور و همکاران، ۱۳۸۹). شاخص‌های زیادی به‌عنوان عوامل خطر خودکشی در میان دختران گزارش شده است. افسردگی احتمالاً بیشترین ارتباط را از میان ریسک فاکتورهای خودکشی با اقدام به خودکشی در نوجوانان و جوانان دارد (بریج، هوروویتز، فوتانلا، گراپ-فلان و کمپو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سه چهارم کسانی که خود را می‌کشند یک یا چند نشانه افسردگی داشته‌اند و بسیاری از آنان پیش از اقدام به خودکشی از یک

1. suicide

2. World Health Organization (WHO)

3. Leg & Nock

4. Bridge, Horowitz, Fontanella, Grupp.Phelan, & Campo

افسردگی تمام‌عیار رنج می‌بردند. افکار خودکشی گرا<sup>۱</sup> از جمله مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی است که بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد و به راستی گونه‌ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است. افکار خودکشی گرا در نوجوانان با راهبردهای ناکارآمد در برابر دشواری‌ها مانند فرار از منزل، بدبینی نسبت به آینده، مصرف الکل و مواد روان‌گردان رابطه نزدیکی داشته و یک عامل خطر بسیار مهم برای خودکشی به شمار آورده می‌شود (لوری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و اندیشه پردازی خودکشی نیز ارتباط مستقیم وجود دارد (حسینی و میر آقایی، ۱۳۹۱؛ مهدیه، عبدالمهدی و حسینی، ۱۳۹۳). تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند تا به‌طور درخور به تقاضاهای محیطی گوناگون پاسخ دهند (گراس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در پژوهش‌های متعدد، کسانی که پیشینه اقدام به خودکشی داشته‌اند در پاسخ به مسائل زندگی هیجان‌های منفی بیشتری را نشان داده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مشکلات در ارزیابی شناختی مخصوصاً برای تعدیل و تنظیم هیجان‌های منفی، بیشتر با خطر خودکشی مرتبط هستند (کودینووا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به نقش خانواده در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی، آموزش خانواده به‌عنوان یک راهبرد درمانی به‌منظور حل معضلات بهداشت روانی، موردتوجه قرار گرفته است. فاکتورهای خانوادگی خاصی خطر خودکشی را در نوجوانان افزایش می‌دهند و کیفیت روابط نوجوان-والدین و روش‌های صحیح حل مسئله در میان اعضای خانواده از جمله عوامل پیشگیری‌کننده خانوادگی در خودکشی نوجوانان هستند (کارن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش‌ها نیز در این زمینه نشان می‌دهند که اکثر مداخلات استاندارد در مورد خودکشی نوجوانان به‌صورت شناختی-رفتاری و همراه با آموزش خانواده صورت می‌گیرند (وینزیل، براون و بک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). مطالعات در زمینه کارایی درمان شناختی-رفتاری در پیشگیری از خودکشی مجدد نوجوانانی که پیشینه خودکشی داشته‌اند اندک است و فقط مطالعات محدودی به‌طور اختصاصی اثربخشی آن

1. suicidal ideation

2. Lowry

3. Gross

4. Kudinova

5. Karen

6. Wenzel, Brown, & Beck

را در درمان افکار و رفتار خودکشی مورد ارزیابی قرار داده است. به طور مثال، در مطالعه‌ای ۱۲۴ نوجوان افسرده که خودکشی ناموفق داشته‌اند در سه گروه درمانی قرار گرفتند، ۱۵ نفر درمان دارویی، ۱۸ نفر درمان شناختی رفتاری و ۹۳ نفر درمان ترکیبی دریافت داشتند. نتایج نشان داد که هیچ تفاوت معنی‌داری در سه نوع درمان برای کاهش خودکشی رخ نداده است و مطالعه مذکور در نهایت پیشنهاد می‌کند که بهتر است کارایی فن‌های خاص شناختی (مانند مهارت‌های انطباقی و تنظیم هیجان) در افکار و رفتار مرتبط با خودکشی مورد بررسی و پژوهش‌های بیشتری قرار گیرد (آنتونی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). یک مداخله خانوادگی شناختی- رفتاری با هدف افزایش ایمنی و کاهش خطر خودکشی برای نوجوانان ۱۸-۱۱ سال که پیشینه خودکشی داشتند، طراحی شد. پس از سه ماه بهبود معنی‌داری در رفتار خودکشی، ناامیدی، افسردگی و سازش اجتماعی نوجوانان حاصل شد و در پیگیری سه و شش ماهه نیز نتایج به ترتیب ۳٪ و ۶٪ عود خودکشی را نشان داد (روزنباوم<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). در پژوهشی دیگر، رویکردهای تقویت خانواده در پیگیری از اختلالات رفتاری و خودکشی نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت. این رویکردهای خانوادگی شامل آموزش مهارت‌های خانوادگی، (آموزش رفتاری والدین، آموزش مهارت‌های اجتماعی و جلسات عملی برای والدین)، خانواده‌درمانی و مداخلات خانوادگی مؤثر اضافی (مانند برنامه‌های حمایتی خانوادگی در منزل و برنامه‌های آموزش خانواده) بود که در پایان مداخلات کارایی آموزش رفتاری والدین و برنامه‌های آموزش خانواده در پیگیری از اختلالات رفتاری و خودکشی نوجوانان به اثبات رسیده است (کارول<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

با وجود افزایش روزافزون آمار خودکشی در کشورمان، متأسفانه پژوهش داخلی در زمینه کارایی درمان استاندارد (شناختی- رفتاری همراه با آموزش خانواده) در پیگیری از خودکشی کسانی که پیشینه خودکشی داشته‌اند وجود ندارد. با توجه به کمبود پژوهش‌های داخلی در زمینه مداخلات استاندارد مرتبط با خودکشی در میان دختران و با توجه به اهمیت حمایت مناسب از قشر آسیب‌پذیر و عاطفی جامعه یعنی دختران و بهبود روابط آنان با خانواده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی و آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی مجدد (افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان) در میان

1. Anthony

2. Rosenbaum

3. Karol

دخترانی که قبلاً اقدام به خودکشی کرده‌اند، انجام شد. آمار بالای اقدام به خودکشی و آسیب‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی آن ضرورت و اهمیت اجرای این پژوهش را بیشتر آشکار می‌سازد.

## روش

پژوهش حاضر با استفاده از طرح نیمه آزمایشی بر روی دو گروه مقایسه در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) انجام شد. جامعه موردپژوهش شامل کلیه دختران نوجوان و جوان شهرستان سنندج با پیشینه خودکشی قبلی بود. نمونه پژوهش به صورت در دسترس و از میان دخترانی که در طی دو سال گذشته اقدام به خودکشی کرده بودند، انتخاب شد. بدین صورت که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و انجام مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر، افراد مورد مطالعه شناسایی شدند. سپس از میان افراد حاضر شرایط (۵۶ نفر)، ۲۰ نفر به شیوه تصادفی انتخاب و به‌طور داوطلبانه در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) گماشته شدند. لازم به ذکر است که در طی فرایند مداخله ۲ نفر از گروه آزمایش ریزش داشت و جلسات درمانی با ۸ نفر ادامه پیدا کرد. لذا، نمونه نهایی که بر روی آن‌ها تحلیل آماری صورت گرفته، دربرگیرنده ۱۸ نفر است. ملاک‌های ورود عبارت بودند از دامنه سنی میان ۱۳ تا ۳۳ سال، جنسیت مؤنث، پیشینه اقدام به خودکشی در طی دو سال گذشته. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از داشتن علائم روان‌پریشی (توهم و هذیان) وجود هرگونه بیماری بدنی و روانی (به‌جز افسردگی، اختلال سوءمصرف مواد، اختلال تنیدگی پس از سانحه و اختلالات شخصیت). پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها، عدم تعارض منافع در پژوهش‌های بالینی و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهش صورت گرفته است.

## ابزارها

**پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II).** این پرسشنامه (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶)، نوع بازنگری شده BDI است که شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای میان ۰ تا ۳ می‌گیرد. فنی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه را ۰/۸۹ و پایایی باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. (فتی و همکاران، ۱۳۸۴).

کاویانی (۱۳۸۷) در پژوهش خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و همسانی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

مقیاس افکار خودکشی بک (BSII). به منظور بررسی افکار خودکشی توسط بک ساخته شد و دارای ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می‌گیرد. این پرسشنامه به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه شده است. این مقیاس با آزمون‌های استاندارد شده افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالائی نشان داده است. به طوری که دامنه ضرایب همبستگی از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ بود. همچنین با پرسش مربوط به خودکشی در مقیاس افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ و با مقیاس ناامیدی بک ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی مشاهده شد. تاکنون بیش از ۷۰ مطالعه درباره اعتبار آزمون در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده است. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرون باخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به دست آمد. در ایران، این پرسشنامه توسط انیسی و همکاران (۱۳۸۴) بر روی سربازان اعتبار سنجی شد. نتایج به دست آمده نشان داد که روایی هم‌زمان مقیاس برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرون باخ برابر با ۰/۹۵ است (به نقل از کاکائی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ). این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینوفن (۲۰۰۲) تهیه شده و شامل ۹ زیر مقیاس متفاوت است. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه شامل فاجعه‌نمایی، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، بازاریابی مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، کم‌اهمیت شماری، خود سرزنشگری و دیگر سرزنشگری است. تحقیقات روی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). اعتبار این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۱۳۸۲) با استفاده از ضریب آلفای کرون باخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایب برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح  $P < 0.001$  معنی‌دار هستند (یوسفی، ۱۳۸۲).

## یافته‌ها

تعداد ۱۸ دختر با سابقه خودکشی قبلی با میانگین سنی ۲۱/۳۸ و انحراف معیار ۶/۵۴ در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد، در گروه آزمایش ۳۷/۵ درصد افراد دانش آموز دوره دبیرستان، ۲۵ درصد افراد تحصیلات دیپلم و ۳۷/۵ درصد افراد لیسانس بودند و در گروه گواه ۴۰ درصد افراد دانش آموز دبیرستان، ۳۰ درصد افراد دیپلم و ۳۰ درصد افراد لیسانس بودند. آزمون t مستقل برای بررسی همتا بودن گروه‌ها در مرحله پیش آزمون استفاده شد. تفاوت معنی داری در هیچ کدام از متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون میان گروه آزمایش و گواه مشاهده نشد که بیانگر تخصیص تصادفی مناسب پیش از اجرای مداخله است. میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
افسردگی	۳۴/۱±۱۰/۲	۲۷/۳±۱۹/۵	۳۴/۲±۸/۷	۲۶/۲±۱۹/۳	۳۷/۵±۸/۵	۲۶/۲±۱۹/۳
افکار خودکشی	۱۷/۰±۷/۰	۱۰/۳±۱۴/۷	۱۶/۳±۸/۹	۹/۸±۱۲/۸	۱۶/۸±۶/۸	۹/۸±۱۲/۸
راهبردهای مثبت	۳۹/۷±۱۰/۴	۵۷/۰±۱۰/۵	۳۹/۱±۱۱/۶	۵۶/۰±۱۰/۷	۳۹/۲±۱۱/۸	۵۶/۰±۱۰/۷
راهبردهای منفی	۵۵/۱±۸/۰	۴۸/۶±۱۵/۰	۵۱/۲±۸/۱	۴۸/۱±۱۳/۹	۵۱/۲±۱۱/۴	۴۸/۱±۱۳/۹

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن<sup>۱</sup>، هم خطی چندگانه<sup>۲</sup>، همگنی واریانس‌ها<sup>۳</sup> و همگنی شیب‌های رگرسیون<sup>۴</sup> مورد بررسی قرار گرفتند که همگی بیانگر رعایت این مفروضه‌ها بودند. دامنه آزمون‌های لوین ( $P > 0/05$ ;  $F(1, 16) = 0/80 - 7/30$ ) و کالموگراف/اسمیرنف ( $P > 0/05$ ;  $0/229 - 0/043$ ) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها در دو

1. linearity

2. multicollinearity

3. homogeneity of variance

4. homogeneity of regression

گروه بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس ( $F=1/12, P > 0/05$ ) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است؛ بنابراین، می‌توان از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده نمود.

نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با مهار پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار است ( $F=13/54, p \leq 0/001$ ). بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، میان دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یک‌راهه با مهار پیش‌آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن ماتکوا، روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با مهار پیش‌آزمون**

متغیرها	مجموع مجدورات	df	F	P	اندازه اثر
افسردگی	۷۴۷/۳۵	۱	۲۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
افکار خودکشی	۵۷۹/۹۰	۱	۳۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷
راهبردهای مثبت	۱۱۳۳/۷۱	۱	۲۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴
راهبردهای منفی	۲۵۱/۶۱	۱	۹/۲۴	۰/۰۱۱	۰/۴۵

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که تفاوت میان دو گروه در متغیرهای افسردگی ( $F=25/40, p \leq 0/001$ )، افکار خودکشی ( $F=38/19, p \leq 0/001$ )، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ( $F=20/06, p \leq 0/001$ ) و راهبردهای منفی تنظیم هیجان ( $F=9/24, p \leq 0/001$ ) در مرحله پس‌آزمون معنی‌داری است.

همچنین، نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای وابسته با مهار پیش‌آزمون نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار است ( $F=12/59, p \leq 0/001$ ). نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تفاوت میان دو گروه در متغیرهای افسردگی ( $F=23/94, p \leq 0/001$ )، افکار خودکشی ( $F=49/25, p \leq 0/001$ )، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ( $F=18/47, p \leq 0/001$ ) و راهبردهای منفی تنظیم هیجان ( $F=11/14, p \leq 0/001$ ) در مرحله پیگیری نیز معنی‌دار است.



جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره‌های پیگیری با مهار پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مجدورات	df	F	P	اندازه اثر
افسردگی	۱۱۸۹/۹۳	۱	۲۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
افکار خودکشی	۴۶۷/۹۶	۱	۴۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱
راهبردهای مثبت	۱۱۰۱/۵۱	۱	۱۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲
راهبردهای منفی	۲۷۲/۳۳	۱	۱۱/۱۴	۰/۰۰۷	۰/۵۰

بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش، تأثیرات ۱۲ جلسه درمان گروهی شناختی رفتاری همراه با آموزش خانواده بر متغیرهای افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان معنی‌دار به دست آمد. نتایج بررسی‌های مرحله پیگیری بافاصله ۳ ماه نیز نشان داد که دستاوردهای درمانی همچنان باقی‌مانده است.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیشتر مداخلات استاندارد درباره خودکشی نوجوانان و جوانان به صورت شناختی- رفتاری و همراه با آموزش خانواده صورت می‌گیرند (وینزیل، براون و بک، ۲۰۰۹). در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی و آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی مجدد (افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان) در میان دخترانی که پیش‌تر اقدام به خودکشی کرده‌اند، انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی و آموزش خانواده منجر به کاهش معنی‌دار در شدت علائم افسردگی و افکار خودکشی و همچنین تعدیل راهبردهای شناختی تنظیم هیجان شده است. بهبود بالینی مشاهده‌شده در این پژوهش در زمینه علائم افسردگی، با نتایج پژوهشی بهار و براون<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)؛ جورمن، مگان و کوئین<sup>۲</sup> (۲۰۱۴)؛ ولز<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) همسو است. بیماران دچار افسردگی که گرایش به خودکشی نیز دارند معمولاً با تعدادی مسئله که نسبت به آن‌ها درگیری ذهنی و نشخوار فکری دارند به درمانگر مراجعه می‌کنند. در واقع چنین به نظر می‌رسد

1. Bhar, & Brown

2. Joormann, Meghan, & Quinn

3. Wellez

که تفکر نشخوار گونه و افسردگی را آن‌ها را از حل این مسائل بازمی‌دارد (نولن هوکسما، ویسکو لیوبومیرسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند مفهوم‌سازی ضعیفی در حل مسئله دارند و نمی‌توانند همه گزینه‌های درست را برای مسئله موجود به کار ببرند. این ناتوانی با مفهومی به نام انعطاف‌ناپذیری شناختی در پیوند است و درمان شناختی- رفتاری خودکشی در پی تعدیل این مفهوم شناختی در افراد است (گلدبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش همچنین نشان دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی با آموزش خانواده در کاهش افکار خودکشی گرا تأثیر داشته است. این یافته با پژوهش‌های پرات، تروکل، ویتاک و راد<sup>۳</sup> (۲۰۱۴)؛ راینسون ویتز<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) همخوانی دارد. ویت و همکاران (۲۰۰۵) بر این باورند که تغییرپذیری در افکار خودکشی مهم‌ترین جنبه خودکشی است و بهتر از سایر عوامل حفاظت‌کننده و خطرناک، توان پیش‌بینی خودکشی را دارند (به نقل از حسنی و میر آقایی، ۱۳۹۱). خودکشی معمولاً پاسخی است در برابر این فکر که موقعیت برای فرد تحمل‌ناپذیر است و برای تغییر آن نمی‌توان کاری انجام داد، بنابراین از میان بردن خود به‌عنوان راه حلی در برابر این مسئله مطرح می‌شود (قاسم‌زاده، ۱۳۹۲). از آنجایی که بسیاری از افراد اقدام‌کننده به خودکشی نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی دارند در هنگام مواجهه با شرایط و موقعیت‌های دشوار زندگی، این باورها باعث به وجود آمدن هیجانات و احساسات منفی در آن‌ها می‌شود و همین احساسات مهم‌ترین محرک تمایل به خودکشی است لذا ما می‌توانیم با استفاده از مداخلات مؤثر روش جدیدی از فکر کردن را به آن‌ها بیاموزیم تا بدین وسیله احساسات مطلوب‌تری داشته باشند و نیاز کمتری برای پناه بردن به خودکشی و فرار از موقعیت‌های زندگی احساس کنند (یوسفی، ۱۳۹۳).

افزون بر این، نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی با آموزش خانواده در کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان نقش داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جورمن<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) و کودینو<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) همخوانی دارد.

1. Nolen.Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky

2. Goldberg

3. Pratt, Trockel, Wittouck, & Rudd

4. Robinson, & Weitz

5. Joormann

6. Kudinvo

یافته‌های اخیر نشان می‌دهند تنظیم هیجان (به‌عنوان یک عامل بین تشخیصی<sup>۱</sup>) در انواع مختلفی از اختلال‌های مرتبط با مشکلات هیجانی از جمله خودکشی نقش دارد، بنابراین مهم است که در درمان مورد توجه قرار گیرد (آلدو<sup>۲</sup> و نولن- هوکسما، ۲۰۱۰؛ منین و فرسکو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در ادبیات پژوهشی چنین بحث شده است که درمان شناختی- رفتاری راهبردهای مثبت و سازگارانه تنظیم هیجان مربوط به پیش از رخداد حادثه<sup>۴</sup> را ارتقاء می‌بخشد (هافمن و آسموندسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). طبق مدل آسیب‌شناسی بک، سوگیری‌های شناختی باعث آسیب‌پذیری آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شوند. در این حالت احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی، به شیوه‌ای اغراق‌آمیز، منفی و شخصی تفسیر شود (لیهی، هالند و مک‌گین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به‌طور گسترده‌ای در زندگی روزمره به کار می‌روند و فن‌های باز ارزیابی شناختی که مکرراً در درمان شناختی- رفتاری کلاسیک به کار می‌روند با مهارت‌های گردآوری‌شده در مداخلات نوین اختلال‌های هیجانی مرتبط هستند (هافمن و آسموندسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کاربرد راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با کاهش علائم اختلالات هیجانی مرتبط است (آلدو، نولن- هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش حاضر نیز هم‌راستای این پژوهش‌ها، نشان داد که درمان شناختی رفتاری همراه با آموزش خانواده بر تعدیل راهبردهای شناختی تنظیم هیجان تأثیر داشته و همگام با کاربرد بیشتر راهبرد مثبت تنظیم هیجان، شاهد بهبود معنی‌دار در علائم افسردگی و کاهش افکار خودکشی گرا بوده‌ایم.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت‌اند از حجم پایین نمونه، استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری. دشواری در انتخاب نمونه موردنیاز و جلب همکاری آزمودنی‌ها و خانواده‌های آنان نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود؛ از آنجایی که خودکشی یکی از مسائلی است که مسئولان دولتی مرتبط با این حوزه نسبت به پژوهش پیرامون آن حساسیت ویژه‌ای دارند

1. transdiagnostic factor

2. Aldao

3. Mennin, & Fresco

4. antecedent.focused

5. Hoffman & Asmundson

6. Leahy, Holland, & McGinn

7. Hoffmann, & Asmundson

متقاعد کردن آن‌ها برای ورود به این حیطه نیازمند انجام مراحل اداری طولانی بود. خانواده‌های تعدادی از بیماران نیز به دلیل مسائل فرهنگی، از مراجعه آن‌ها برای ارزیابی و شرکت در درمان ممانعت می‌کردند. مسلماً تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. لذا، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی این مداخله را با نمونه بزرگ‌تر و بر روی افراد با رده‌های سنی و جنسیتی دیگری اجرا نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی پیگیری‌های طولانی‌مدتی تری را انجام دهند.

نویسندگان مقاله حاضر مراتب امتنان و سپاسگزاری خود را از تمامی کسانی که به نوعی در انجام این پژوهش نقش داشته‌اند، به‌جا می‌آورند.

## منابع

انیسی، جعفر. فتحی آشتیانی، علی. سلیمی، سید حسین. احمدی نوده، خدابخش (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان، مجله طب نظامی. سال هفتم، شماره ۱، ۳۷-۳۳.

بختیار پور، حمید. (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانوادگی و رضایت زناشویی والدین نوجوانان اقدام کننده و غیر اقدام کننده به خودکشی. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه غیرانتفاعی علم و فرهنگ تهران.

پیری، کامیار. (۱۳۹۱). مطالعه پدیدار شناختی خودکشی: مورد مطالعه خودکشی‌های ناموفق شهرستان آبدانان. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه کردستان.

جلیلیان، اکرم بانو. (۱۳۹۱). شناخت رابطه شبکه اجتماعی با اقدام به خودکشی. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

حسینی، جعفر. میر آقایی، علی (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی. روان‌شناسی معاصر (۱) ۷۲-۶۱.

فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ و دابسون، کیت استفان. (۱۳۸۴). ساختارهای معنا گذاری/طرح‌واره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴۲، ۳۲۶-۳۱۲.

کاویانی، حسین (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، فهرست و ارسای صفات خلقی (Mood Adjectives)

Checklist و BDI) در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. گزارش پژوهش. دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

کرک، هاتون. سالکوس، کیس. (۱۳۹۲). رفتاردرمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی). ترجمه حبیب‌ا... قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

یوسفی، فریده (۱۳۸۲). الگوی علی هوش عاطفی، رشد شناختی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و سلامت عمومی. رساله دکترای روان‌شناسی تربیتی. دانشگاه شیراز.

یوسفی، ناصر (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر درمان مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان. طرح پژوهشی، دانشگاه کردستان.

- Anthony, S (2013). Cognitive – behavioral therapy for adolescent depression and suicidal. *Journal Child Adolescence Psychiatric Clinic*. 20 (2), 191 - 204.
- Bhar, S. S., & Brown, G.k. (2012). Treatment of Depression and Suicide in order Adulte. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19(2012) 116-125.
- Bridge, J. A., Horowitz, L. M., Fontanella, M, C, A., Grupp-Phelan, J., & Campo, J, V. (2014). Prioritizing Research to Reduce Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Am J Prev Med*: 47(3S2): 229-234.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2001). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603–611.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2014). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Joormann. J. Meghan E. Quinn. (2014). Cognitive Processes and Emotion Regulation in Depression. *Journal of Depression and Anxiety*. 31(4), 308 – 315.
- Joormann. J. (2013). Selective attention faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 116, 80-85.
- Goldberg, D. (2014). The “NICE Guideline” on the treatment of depression. *Journal of Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 15, 11-15.
- Karen, W (2012). Family – Based Cognitive – Behavioral Treatment For suicidal Adolescents. *Journal Cognitive and Behavioral Practice*. 19, 301 – 314.
- Karol, L. K (2003). Family – Strengthening Approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Journal American Psychologist*. 58 (7), 457-465.
- Kudinova, A. Y., Owens, M., Katie, L. Burkhouse, Kenneth, M. Barretto, George A. Bonanno, & Brandon, E. Gibb. (2015). Differences in emotion modulation using cognitive reappraisal in individuals with and without suicidal ideation. *Journal of Cognition and Emotion*. 10(2), 221 – 230.

- Lowry F. (2014). Vagus nerve stimulation effective in resistant depression. *Medscape Medical News*. 13 (4), 34-42.
- Leahy, R. L. Holland, J. F. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York, London. 16-53.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M. (2014). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood. *Psychopathology Behavior Therapy*, 38. 248- 302.
- Nock, M. K., Leg, R. C. (2014). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616-623.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Pratt, D. (2014). Suicide in recently released prisoners: A population based cohort study. *Lancet*, 368,119-123.
- Rosenbaum, J (2014). *A Treatment development trail of a Cognitive – Behavioral. Family Treatment for Adolescent Suicide Attempters*. Available online.
- Robinson, J. Hetrick, S. (2015). Can an internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school student? *Journal of Early intervention in psychology*.10, 28-35.
- Wells, K. C. (2015). *Parent and conjoint parent-adolescent sessions*. Duke University Medical center. Retrieved 2015, from [https:// trialweb. dcri. duke. edu/tads/tad/manuals/TADS-CBT.pdf](https://trialweb.dcri.duke.edu/tads/tad/manuals/TADS-CBT.pdf).
- Wenzel, A. Brown, G. Beck, A. (2009). *Cognitive Therapy for Suicidal Patients*. Washington: American psychological Association.
- Witte, T. K., Fitzpatrick, K. K., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2005). Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? *Journal of Affective Disorder*, 88, 131-136.
- World Health Organization. (2014). Available from: URL: <http://www.who.int/topics/suicide/en>.