



اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر بندر امام خمینی (ره)

ابتسام منصوری

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره) بود. روش: طرح تحقیق به صورت نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند؛ و از آنجا که جامعه آماری شامل نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره) بودند از بین آنها ۲۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۰ نفر آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل) گمارده شدند و آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش به روش درمان شناختی رفتاری لیهی (۲۰۱۷) قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۹۶) بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) مورد استفاده قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS ۲۶ استفاده شد. یافته‌ها: تفاوت معنی داری بین میانگین‌های پس آزمون اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی دو گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد ($p < 0/005$). نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره) موثر است.

کلید واژگان: درمان شناختی رفتاری، نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر، اندیشه پردازی خودکشی، بهزیستی روانشناختی



research inter Islamic network
on virtual universities
CIVU



Avicenna International
Community College LLC



مقدمه

نوجوانی^۱ حساس ترین و بحرانی ترین دوره رشد انسان است که به خاطر تغییرات سریع جسمانی، اجتماعی، هیجانی و شناختی با چالش های زیادی همراه است (موسوی، فاطمی و شانازی، ۱۳۹۹). به علاوه نوجوانی دوره ای مهم و برجسته در رشد و تکامل اجتماعی، شناختی و روانی افراد است (طاهری، منشائی و عبادی، ۱۳۹۸) و آینده نوجوان بسیار متأثر از الگوهای رفتاری شکل گرفته در این سنین است (زندى، رحیمی و موسوی نسل، ۱۳۹۹). گذار از وابستگی کودکی به استقلال جوانی و بزرگسالی اهمیت توجه به دوره نوجوانی را دو چندان می کند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۹). علیرغم کمبود اطلاعات اپیدمیولوژیک جهانی برای نوجوانان، خودکشی همچنان به عنوان یکی از علل اصلی مرگ در سراسر جهان به شمار می رود و یکی از نگرانی های عمده در بهداشت عمومی است (سایمب^۲، ۲۰۱۵). بیشترین میزان شیوع خودکشی نوجوانان در هر دو جنس در جنوب شرقی آسیا و شرق اروپا رخ می دهد (مک لقلین^۳، ۲۰۱۶). سالانه، نزدیک به ۴۶۰۰ جوان ۱۰ تا ۲۴ ساله خودکشی می کنند. آمار تکان دهنده تر این است که برای هر خودکشی منجر به مرگ در نوجوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله، بین ۱۰۰ و ۲۰۰ مورد اقدام به خودکشی وجود دارد (اسمیسچینی^۴، ۲۰۱۵). شیوع افکار خودکشی در طول دوره نوجوانی در محدوده ۱۲/۱-۲۹/۹ درصد تخمین زده می شود. نتایج مقایسه ی ۴۹ کشور در حال توسعه متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۳/۱۵ درصد گزارش کرده است، بالاترین شیوع مربوط به منطقه آفریقا حدود ۸/۱۹ درصد گزارش شده است. افکار خودکشی و تلاش های قبلی به عنوان پیش بینی کننده قوی برای خودکشی نوجوانان شناخته می شوند. تقریباً یک سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند در سنین نوجوانی برای خودکشی برنامه ریزی می کنند. حدود ۶۰ درصد از افرادی که چنین برنامه ای دارند عمدتاً یک سال پس از شروع پیدایش ایده خودکشی در ذهنشان، اقدام به خودکشی می کنند.

خودکشی خشمی که نسبت به خود ابراز می شود، به یک رفتار واحد اشاره ندارد، بلکه به طور گسترده ای به بسیاری از رفتارهای متنوع و پیچیده می پردازد و ممکن است شامل صحبت کردن در مورد اندیشه های خودکشی، قصدمندی، رفتارهای خودکشی گرا، اقدام به خودکشی یا غیره باشد. تلاش های فراوانی برای شناسایی عوامل خطری که منجر به اندیشه پردازی یا اقدام به خودکشی می شوند با هدف درک و فهم خودکشی و پیشگیری از آن صورت گرفته، با این حال هنوز خودکشی یکی از عوامل عمده مرگ و میر در سراسر جهان است و از میزان آن کاسته نشده است، و شناسایی افرادی که از بیشترین عوامل خطر برای خودکشی برخوردارند دارای اهمیت فراوانی است (آفتاب و همکاران^۵، ۲۰۱۹). درک متداول ترین انگیزه های اقدام به خودکشی می تواند مدل های مفهومی خودکشی را غنی و طراحی برنامه های پیشگیری و مداخله در خودکشی را تسهیل

¹ adolescence

² Cymber

³ McLaughlin

⁴ Asmischini

⁵ Aftab et al

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**
Tbilisi - Georgia
September 15, 2024



کند (باگیان^۱، ۲۰۱۸). خودکشی پدیده چندعلیتی بالینی با عوامل خطر پیچیده زیستی، اجتماعی و روانشناختی است که برای پایان دادن به درد و رنج تحمل ناپذیر و طاقت فرسای زندگی که از افسردگی نیز خطرناکتر است رخ می دهد (ریزوی^۲، ۲۰۱۷). براساس نظریه فریاد و درد ویلیامز^۳ (۲۰۰۱) رفتار خودکشی گرا پاسخی به موقعیت های فشارزا است که احساس شکست را برمی انگیزد و اجتناب ناپذیر در نظر گرفته می شود. عوامل روان شناختی مانند اعتقاد به اینکه فرد نمی تواند به طور مؤثر مشکلات خود را حل کند، به افزایش درماندگی و ناامیدی منجر می شود. این نظریه پردازان پیشنهاد کرده اند اگرچه بعضی از رفتارهای خود آسیب رسان ممکن است با انگیزه مردن صورت نگیرند، اما انگیزه مشترک در این رفتارها فرار از شرایط غیرقابل تحمل و رنج و درد روانی است. در این راستا، هاوکینز و همکاران^۴ (۲۰۱۴) چنین پیشنهاد کردند که تجربه رویدادهای دردناک و تحریک کننده میانجی گر رابطه بین خشم با اندیشه پردازی و رفتار خودکشی است. براساس مدل شناختی خودکشی مسیر اصلی خودکشی شناخت است (معنای خصوصی که شخص به آن می دهد). خودکشی گرایی نسبت به معنای ناسازگارانه ای که شخص در رابطه با خود، آسیب پذیری شناختی منجر به ادراک ضعیف از رویدادهای تنش زا، ادراک تحمل ناپذیری/ ناتوانی در مقابله با رویدادهای با پریشانی و رویدادهای منفی و موقعیت های بحرانی می شود (نگونا و همکاران، ۲۰۱۷).

در دنیای امروز قشر وسیعی از جامعه را جوانان و نوجوانان تشکیل می دهند که از سرمایه های جامعه محسوب می شوند. زندگی آنها در عین ایجاد فرصت های جدید چالش ها و تنیدگی های خاص خود را به همراه دارد که این تنیدگی ها در نهایت، کیفیت زندگی و سلامت روان را تحت تاثیر قرار می دهد. توجه به سلامت و بهزیستی روان نوجوانان از موضوعات مهم به شمار می رود. بهزیستی یکی از سازه های مدرن روانشناسی قرن اخیر است که از دو واژه well یعنی "خوبی و برخورداری از ویژگی های مطلوب" و واژه being به معنای "وجود، بودن و هستی" تشکیل شده است (سیمونتون و بیومیستر^۵، ۲۰۰۵). بهزیستی کیفیتی از زندگی است که به رغم تلاش های گسترده برای تبیین و تعریف بهزیستی، باز هم در ارائه تعریف روشن از این سازه، توافق اندکی بین مولفان وجود دارد (سلیگمن و همکاران^۶، ۱۹۸۸). با این وجود تعریف مورد قبول از بهزیستی، تعریف ریان و دسی^۷ (۲۰۰۶) و (ریف^۸، ۱۹۸۹) می باشد که بهزیستی را به عنوان تجربه کردن عملکرد بهینه تعریف می کنند. یعنی کسی که خوب زندگی می کند، احساس رضایت دارد، در ارتباط با محیط هدفمند عمل می کند و به دنبال شکوفایی قابلیت های خود می باشد.

در سال های اخیر رویکرد روانشناسی مثبت گرا، با تمرکز بر استعدادها و توانمندی های انسان مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه ها و شیوه هایی می داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند.

¹ Bagan

² Rizvi

³ Williams

⁴ Hawkins et al

⁵ Simonton and Biomeister

⁶ Seligman et al

⁷ Ryan and Desi

⁸ Reef

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**
Tbilisi - Georgia
September 15, 2024



علاقه‌مندی به پژوهش در خصوص توانایی‌های فرد برای حفظ تفکر خوش بینانه با وجود رویدادهای منفی موثر بر سلامت روان، هر روز بیشتر می‌شود. این موضوعات در متون سلامت روان شامل پژوهش در زمینه تاب‌آوری، خوش بینی و بهزیستی است. در واقع ویژگی مهم سلامت روانی که فرد واجد سلامت، بایستی از آن برخوردار باشد احساس بهزیستی یا رضایتمندی است. منظور از احساس بهزیستی، احساس مثبت و احساس رضامندی عمومی از زندگی، که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده شغل و است. به دنبال ظهور جنبش روانشناسی مثبت که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فرد تاکید داشتند، گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی از بهزیستی روانشناختی استفاده کردند. در این راستا مدل‌هایی مانند جاهودا، مدل بهزیستی ذهنی داینر و مدل 6 عاملی بهزیستی روانشناختی ریف تدوین شده اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر ضعف و بیماری بر توانایی‌ها و دانسته‌های فرد متمرکز هستند (میکاییلی، ۱۳۹۰).

مدل ریف از مهمترین مدل‌های حوزه بهزیستی شناختی به شمار می‌رود که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. در این دیدگاه بهزیستی به معنای "تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های بالقوه واقعی فرد" متجلی می‌شود. او و همکارانش تلاش کردند براساس مبانی فلسفی (کسانی مثل ارسطو و راسل) ملاک‌های زندگی مطلوب یا اصطلاحاً "زندگی خوب" را تعیین و دسته بندی کنند. بر این اساس، شش عامل پذیرش خود (توانایی دیدن قوتها و ضعف‌های خود)، هدفمندی در زندگی (به معنای داشتن غایت‌ها و اهدافی است که به زندگی فرد معنا و جهت می‌بخشد)، رشد شخصی (احساس اینکه استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد)، داشتن ارتباط مثبت با دیگران (ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه به مسائل زندگی روزمره) و خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) تعیین کردند (میرزائی، ۱۴۰۱).

براساس رویکرد شناختی - رفتاری نوع احساس آدمها به نحوه تعبیر و تفکر آنها درباره موقعیت‌ها ربط دارد. فرض رویکرد شناختی - رفتاری که توسط بک ۱۹۶۷ و ایس ارائه شده این است که فرآیندهای شناختی مانند باورهای بی‌فایده، افکار غیر منطقی و ادراک تحریف شده، اساس درک و درمان اختلال‌های روانشناختی را تشکیل می‌دهد (بک و همکاران، ۲۰۲۰). موقعیت به خودی خود نمی‌تواند چگونگی احساس آنها را تعیین کند، واکنش‌های هیجانی به واسطه ادراک موقعیت اتفاق می‌افتد و از این رو چنین به نظر می‌رسد که به واسطه درمان شناختی رفتاری می‌توان بهزیستی روانشناختی را افزایش داد و اندیشه پردازشی خودکشی را کاهش داد. کانون شناخت درمانی، شناخت عقاید تحریف شده و تغییر تفکر ناسازگارانه به کمک برخی فنون است که شامل فنون رفتاری و عاطفی نیز می‌شود. در جریان این نوع درمان به افکاری که انسانها از آن بی‌خبرند و نظام‌های اعتقادی توجه می‌شود (کلارک و همکاران^۱، ۲۰۱۱). درمان شناختی رفتاری بر پایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می‌کند شناختها (شامل افکار، تصاویر، ادراک فرد از رویدادها، مفروضه‌ها و باورها) رابطه علی مستقیمی با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری دارد؛ هیجان‌های

¹Clark et al



منفی در این رویکرد به عنوان الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و الگوهای پردازش اطلاعات سوء گیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه های منفی (همچنان که در افکار پارانوئیدی و افراد افسرده دیده می شود) نگریسته می شوند. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می شوند که سوء گیری های نظام مند در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند (یوول و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر موارد فوق، آنچه پژوهش حاضر را در زمره پژوهش های دارای نوآوری و ماهیت بدیع قرار می دهد این است که در پژوهش حاضر برخلاف پژوهش های قبلی که نوجوانان را کمتر مورد توجه قرار داده اند تمرکز بر روی اقدام به خودکشی در سنین نوجوانی است. این سنی است که در آن اندیشه پردازش خودکشی و بهزیستی روانی به شکل تنگاتنگ و درهم تنیده ای بر روی یکدیگر تأثیر می گذارند و از هم تأثیر می پذیرند و پژوهش های قبلی از این مسئله غفلت ورزیده اند و پژوهش حاضر درصدد پرداختن به آن است. بر این اساس، پژوهش حاضر به متخصصان بالینی و روان درمانگرانی که با نوجوانان اقدام کننده به خودکشی کار می کنند کمک می کند تا از نتیجه این پژوهش و پلن درمانی مورد استفاده در آن برای کار درمان استفاده کنند و سازمان های کلانی همچون آموزش و پرورش و نظام سلامت روانی کشور را از رویکردهای درمانی مؤثر و مناسب برای پرداختن به مشکلات چنین نوجوانانی آگاه و حساس می سازد. در نهایت ذکر این نکته ضروری است که تلاش پژوهشگر نشان می دهد که تاکنون در هیچ پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری به طور همزمان بر روی اندیشه پردازش خودکشی و بهزیستی روانشناختی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی را مورد بررسی قرار نداده است و پژوهش حاضر جزء اولین پژوهش هایی است که در این بافت و چارچوب انجام می شود. لذا با توجه به عنوان پژوهش هدف پرداختن به فرضیات ذیل می باشد:

- اول- اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازش خودکشی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره)
- دوم- اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازش خودکشی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره)
- سوم- اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره)

روش

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است، چون امکان کنترل همه متغیرهای مداخله گر وجود ندارد (دلاور، ۱۳۸۶) که به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی نوجوانان مصرف کننده مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد می باشند. نمونه به صورت هدفمند انتخاب و به روش نمونه گیری

¹ Yovel et al

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**

Tbilisi - Georgia

September 15, 2024



تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار می‌گیرند. معیارهای ورود به مطالعه: عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی شناختی همزمان با جلسات آموزش این پژوهش، نوجوانان مصرف‌کننده موادمخدر با اندیشه پردازی خودکشی و معیارهای خروج در این پژوهش عبارتند از: عدم موافقت آزمودنی به ادامه شرکت در روند مطالعه و داشتن بیش از ۳ جلسه غیبت در جلسات آموزشی می‌باشند. از جمله ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش رعایت شده است عبارتند از: احترام به فرد و اختیار او، رضایت آگاهانه، عدم ضرر رسانی به آزمودنی‌ها، محرمانه بودن اسم و مشخصات شرکت‌کنندگان و همچنین اجرای جلساتی از درمان برای گروه کنترل.

ابزار

پرسش‌نامه اندیشه پردازی خودکشی: پرسشنامه افکار خودکشی دارای ۱۹ ماده است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه شده است. مقیاس این پرسشنامه بر اساس طیف ۳ درجه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات وی محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. ارزیابی افکار خودکشی در فرد بر اساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳) دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود. در آزمون افکار خودکشی بک ۵ سوال وجود دارد که سوالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سوال بعدی را نیز پاسخ دهد (انیسی و همکاران، ۲۰۰۵).

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. فرم کوتاه این پرسشنامه برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سوال است. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه در هر عبارت به ترتیب زیر نمره از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) داده خواهد شد. سوالات ۱، ۴، ۵، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری میشوند. به این صورت که اگر فردی در این سوالات گزینه ۱ (کاملاً مخالفم) را انتخاب کرده باشد نمره ۶ و در صورتی که گزینه ۶ (کاملاً موافقم) را انتخاب نماید نمره ۱ می‌گیرد. پس از به دست آوردن نمره هر عبارت، زیرمقیاسها به ترتیب استقلال (۹، ۱۲، ۱۸)، تسلط بر محیط (۱، ۴، ۶)، رشد شخصی (۷، ۱۵، ۱۷)، ارتباط مثبت با دیگران (۳، ۱۱، ۱۳)، هدفمندی در زندگی (۵، ۱۴، ۱۶)، پذیرش خود (۲، ۸، ۱۰) به دست خواهند آمد. ریف و سینگر (۲۰۰۶) همبستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴ سوالی این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مولفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. خانجانی و

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**
Tbilisi - Georgia
September 15, 2024



همکاران (۱۳۹۳) با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی نشان دادند که تمامی عامل های این پرسشنامه از برازش خوبی برخوردار می باشند.

پروتکل درمانی شناختی رفتاری:

پروتکل درمان شناختی رفتاری از طریق دوره درمان و پروتکل درمانی شناختی رفتاری (CBT) لیهی (۲۰۱۷) طی ۶ جلسه ۱.۵ ساعته بر روی گروه آزمایشی برگزار شد که شرح خلاصه ای از جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT واولز و سورل(۲۰۱۶)

جلسات درمان	اقدامات درمانی
جلسه اول	معرفی، ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی - رفتاری، بیان قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکلیف.
جلسه دوم	افکار، احساسها و رفتار را به وجود می آورند و اینکه چگونه افکار می توانند باعث کاهش یا افزایش احساسها شوند، استفاده از تکنیکهایی نظیر ABC طبق تکنیک ABC یک واقعه یکسان به افکار متفاوتی منجر میشود که این افکار میتوانند احساسها و رفتارهای مختلفی را به وجود بیاورند، می توانید با مقایسه واقعیتها به درستی یا نادرستی فکرتان پی ببرید درجه بندی هیجان و میزان اعتقاد به فکر، جستجوی نوسان در باورهای خاص و مقایسه مزایا و معایب؛ بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار استفاده از تکنیکهایی نظیر تمایز فکر از واقعیت؛ توضیح در مورد سبکهای ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند، بیان خطاهای شناختی معمول استفاده از تکنیکهایی نظیر شناسایی تحریف های شناختی مانند شخصی سازی؛ توزیع کاربرگ بازسازی افکار.
جلسه سوم	مقایسه و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح شناسایی افکار با استفاده از تکنیک هایی نظیر چالش با تفکر باید اندیشی، شناسایی باورهای شرطی و مقایسه نظام ارزشی، ارزیابی افکار با استفاده از تکنیک هایی نظیر پیکان رو به پایین، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده با استفاده از تکنیک هایی نظیر تعریف واژهها، مقایسه شواهد، ایفای نقش هر دو جنبه فکر، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
جلسه چهارم	مقایسه تکلیف جلسه قبل، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب در این جلسات از تکنیک هایی نظیر توالی فکر، مقایسه نوسانهای رفتار در موقعیتهای مختلف و تغییر افکار منفی از طریق تغییر رفتار.
جلسه پنجم	مقایسه تکلیف جلسه قبل، بیان ضرورت تمرین مهارتهای کسب شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارتهای کسب شده
جلسه ششم	مرور مطالب همه جلسات و اجرای پس آزمون

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**

Tbilisi - Georgia

September 15, 2024



یافته ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۰	۲۴/۳۰	۴/۰۲	۱۶/۶۰	۱/۵۰
کنترل	۱۰	۲۵/۰۰	۲/۸۶	۲۵/۷۰	۳/۱۲
آزمایش	۱۰	۴۸/۴۰	۲/۰۱	۵۶/۴۰	۳/۵۹
کنترل	۱۰	۴۶/۰۰	۴/۰۰	۴۵/۶۰	۴/۴۰

همان طوری که در جدول ۲ نشان داده شده است در مرحله پیش آزمون و پس آزمون میانگین و انحراف معیار متغیراندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی هر یک از گروههای آزمایش و کنترل به تفکیک ارائه شده است. قبل از انجام این تحلیل، ابتدا پیش فرض های مربوط به این تحلیل بررسی شد. بدین منظور ابتدا نتایج مربوط به آزمون پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد سپس آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریسهای کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته (اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی) در سطوح متغیر مستقل گروه های آزمایش و گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. عدم معناداری آماره F در این آزمون نشان دهنده برابری ماتریسهای کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در سطوح متغیر مستقل است.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری
پیش آزمون	آزمایش	۱۰	۰/۱۳۱	۰/۲۰۰
	کنترل	۱۰	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰
پس آزمون	آزمایش	۱۰	۰/۲۰۰	۰/۱۸۹
	کنترل	۱۰	۰/۱۸۹	۰/۲۰۰

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**

Tbilisi - Georgia

September 15, 2024



research center for Islamic network
on virtual communication
CINVC



Avicenna International
Community College LLC



۰/۲۰۰	۰/۱۸۴	۱۰	آزمایش	پیش آزمون	بهزیستی
۰/۲۰۰	۰/۱۹۹	۱۰	کنترل		روانشناختی
۰/۰۵۷	۰/۲۲۰	۱۰	آزمایش	پس آزمون	
۰/۱۰۰	۰/۲۴۲	۱۰	کنترل		

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در جدول ۳ نشان می‌دهد که حجم نمونه مورد نظر برای تمام متغیرها با توجه به سطوح معنی‌داری بدست آمده که بالاتر از ۰/۰۵ است نرمال می‌باشد.

جدول ۴ نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری کواریانس‌های متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری کواریانس‌های متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

میزان باکس	مقدار F	سطح معناداری
۵/۳۱	۱/۵۵	۰/۱۹۷

نتایج جدول فوق نشان داد که این آزمون در هر چهار متغیر پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$) و در نتیجه پیش فرض برابری کواریانس‌ها تایید می‌گردد و می‌توان برای آزمون این متغیرها از تحلیل کواریانس چند متغیره یا مانکوا استفاده نمود. در گام بعد، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس متغیرهای پژوهش بررسی شد. عدم معناداری آماره F در این آزمون نشان دهنده برابری واریانس متغیرهای پژوهش است. جدول ۵ نتایج بررسی این پیش فرض را نشان می‌دهد. جدول ۵ نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس متغیرهای خودکنترلی و انعطاف‌پذیری روانشناختی

متغیرها و مولفه‌ها	F	Df1	Df2	معناداری
اندیشه‌پردازی خودکشی	۰/۰۸۶	۱	۱۸	۰/۷۷۲
بهزیستی روانشناختی	۰/۱۳۵	۱	۱۸	۰/۷۱۷

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش همه دارای واریانس‌های برابر می‌باشند و پیش فرض برابری واریانس‌ها بطور کلی در مورد متغیرها تایید می‌گردد ($p > ۰/۰۵$).

فرضیه اول: اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اندیشه‌پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره) نتایج حاصل از فرضیه اول در جدول ۷ نشان داده شده است.

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**
Tbilisi - Georgia
September 15, 2024



جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی داری (p)	مجذور آتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۳۶	۳۸/۱۶	۲	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰
آزمون لامبدا یویلکز	۰/۱۶۴	۳۸/۱۶	۲	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۵/۰۸	۳۸/۱۶	۲	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵/۰۸	۳۸/۱۶	۲	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۶ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون در اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی - داری مشاهده می شود ($F=38/16$ $p<0/05$). بنابراین فرضیه پژوهش تایید شد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۸۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مربوط به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره) (عضویت گروهی) می باشد.

فرضیه دوم: اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره) نتایج حاصل از فرضیه دوم در جدول ۷ نشان داده شده است.

14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE

Tbilisi - Georgia

September 15, 2024



جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه بر روی میانگین نمرات پس آزمون اندیشه پردازشی خودکشی در گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش آزمون

نتایج	مجموع مجدورا	درجه آزادی	میانگین مجدورا	F	سطح معناداری	Eta	توان آمار ی
پیش آزمون	۲۹/۲۲	۱	۲۹/۲۲	۶/۲۶	۰/۰۲۳	۰/۲۶	۰/۶۵
گروه	۳۸۶/۸۵	۱	۳۸۶/۸۵	۸۲/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰
خطا	۷۹/۲۷	۱۷	۴/۶۶

خودکشی
اندیشه پردازشی

همان طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون از لحاظ متغیر اندیشه پردازشی تفاوت معنی داری وجود دارد. ($p < ۰/۰۵$). بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌گردد و ۸۳ درصد از تفاوت‌های آزمودنی‌ها گروه آزمایش ناشی از اجرای متغیر مستقل بوده است.

فرضیه سوم: اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با سو مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بندر امام خمینی (ره)

نتایج حاصل از فرضیه سوم در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش آزمون

نتایج	مجموع مجدورا	درجه آزادی	میانگین مجدورا	F	سطح معناداری	Eta	توان آمار ی
پیش آزمون	۸۸/۵۶	۱	۸۸/۵۶	۷/۴۴	۰/۰۱۴	۰/۳۰	۰/۷۳
گروه	۳۵۸/۴۹	۱	۳۵۸/۴۹	۳۰/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳	۰/۹۹
خطا	۲۰۲/۲۳	۱۷	۱۱/۸۹

بهزیستی روانشناختی



همان طوری که در جدول ۸ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی ها در گروههای آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون از لحاظ متغیر بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد. ($p < 0.05$). بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید میگردد و ۶۳ درصد از تفاوت های آزمودنی ها گروه آزمایش ناشی از اجرای متغیر مستقل بوده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های مربوط به این پژوهش همسو با یافته‌های ثابت و همکاران (۱۴۰۱)، ناطقی و همکاران (۱۳۹۶)، زمستانی و همکاران (۲۰۱۵)، بوده است. نتایج پژوهش ناطقی و همکاران (۱۳۹۶)، شهبازی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری و افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد را به طور معناداری کاهش می‌دهد. پژوهش شهبازی و همکاران (۱۳۹۷) نیز نشان دادند درمان شناختی رفتاری بهزیستی روانشناختی و تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز مؤثر بود. همچنین این نتایج بدین معناست که درمان شناختی رفتاری بر نوجوانان اقدام کننده به خودکشی منجر به کاهش معنادار اندیشه پردازی خودکشی و افزایش بهزیستی روانشناختی آنها در مرحله پس آزمون شده است.

در تبیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اندیشه پردازی خودکشی باید اشاره کرد که درمان شناختی رفتاری از جمله مداخلات روانشناختی است که بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر به سزایی بر عواطف شخصی دارد قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری، بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر، در رفتار و احساس در شکل‌گیری افکار خودکشی تأکید دارد (هگن و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، این رویکرد هیجان‌های منفی را پیامد الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و همچنین الگوهای پردازش اطلاعات سوء گیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی (همچنانکه در افراد افسرده دیده میشود) در نظر می‌گیرد. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می‌شوند که سوء گیری‌های سیستماتیک در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند (یوول و همکاران، ۲۰۱۴). به طور کلی می‌توان گفت شناخت واره‌های نوجوانی که افکار خودکشی را در خود پرورانده، مملو از مضامین شناختی ناسازگارانه‌ای است که احساسات و هیجانهای ناکارآمد و رفتارهای مخرب نظیر خود آسیب‌رسانی عمدی و خودکشی را در وی سبب می‌شود. از آنجا که تفکر این نوجوانان بسیار سوء گیری دارد و با سبک‌های پردازش اطلاعات مخرب و سوء گیرانه به مسائل و مشکلات خود پاسخ می‌دهند و همین طور به دلیل عدم تحمل پریشانی و افکار خودکشی که در ذهن خود پرورانده اند، ممکن است رفتارهای غیرقابل کنترل و تکانش گرانه‌ای از خود نشان بدهند که لزوم بررسی سبک‌های پردازش اطلاعات را در این افراد نمایان می‌سازد. درمان شناختی رفتاری به بیمار، تکنیکهای عملی برای چگونگی تجدید نظر در افکار منفی و به کارگیری مهارتهای رفتاری برای مبارزه با افکار خودکشی را یاد می‌دهند. همچنین، روشهای درمان خودکشی میتوانند به

¹ Hagan et al

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**

Tbilisi - Georgia

September 15, 2024



research center for Islamic network
on virtual communication
CIVU



Avicenna International
Community College LLC



فرد بیمار کمک کنند تا به ریشه افکار خودکشی خود برسد و بفهمد که چرا چنین احساسی دارد، چه چیزی باعث افکار خودکشی اش شده است و برای سالم ماندن چه باید بکند. درمان شناختی رفتاری - نظریات رفتاری و نظریات شناختی را ادغام کرده تا بیمار به این نتیجه برسد که ادراک وی از یک موقعیت، بیشتر از واقعیت، واکنش فرد نسبت به آن را تعیین میکند. زمانی که فرد ناراحت یا ناامید باشد، دیدگاه او ممکن است واقع گرایانه نباشد. تغییر نحوه تفکر و نگاه مراجعین به دنیا میتواند پاسخ آنها به شرایط را تغییر دهد و موجب افزایش تحمل پریشانی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و بحرانی زندگی شود. مطابق نتایج پژوهش مداخله به روش درمان شناختی رفتاری موجب افزایش بهزیستی روانشناختی شده است. در تبیین این یافته می توان گفت که این شیوه درمانی به مراجع کمک می کند که با اصلاح خطاهای شناختی بهتر فکر کند، برنامه ریزی کند و تصمیم مناسب بگیرد. به عبارتی فرد را هدفمند می کند. افراد هدفمند دارای هدف، قدرت اراده و قدرت راهیابی برای رسیدن به هدف بوده و معمولاً موانع را تشخیص می دهند. هدفمندی در زندگی به مفهوم دارا بودن اهداف بلند مدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آنها است. فرد هدفمند به فعالیت ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می دهد و به شکل موثر با آنها درگیر می شود. این گونه افراد در زندگی شان هدف و جهتی مشخص داشته و احساس می کنند که برای حال، گذشته و آینده معنایی وجود دارد و درصدد هستند تا اهدافی را نیز به زندگی شان اضافه کنند. از سوی دیگر نوجوانانی که در این بعد پایین هستند، اهداف ناچیزی دارند و جهت مشخصی در زندگی شان نداشته و با فقدان حس معناداری در زندگی مواجه اند. در کل این نوجوانان زندگی گذشته را معنادار نمی بینند و دیدگاه و باوری را که در زمان حال به آن معنی می دهد نیز ندارند. برنامه درمان شناختی رفتاری از راه پرورش مهارت هایی هم چون انتظارات مثبت، جهت بینی آینده، هدفمندی، فعالیت، واقع گرایی، تنظیم اهداف، ارتباطات درونی و مقابله با شرایط دشوار، خودکارآمدی شخصی را افزایش می دهد و به این ترتیب باعث رشد شخصی نوجوان می شود. آموزش این درمان نوجوان را برای برخورد موثر با کشمکشها و موقعیت های زندگی یاری می بخشند و به او کمک می کنند تا با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روانی خود را تامین نماید. بدین ترتیب درمان شناختی رفتاری موجب تقویت یا تغییر نگرش ها، ارزش ها و رفتار انسان و در نهایت بهزیستی روانشناختی می شود.

پژوهش یک فرایند منظم و هدفمند است در اجرای هر پژوهش محدودیت هایی وجود دارد که توجه به این محدودیت ها در روند فعالیت های منظم در پژوهش های مشابه دیگر را به دیگران نشان می دهد. انجام این مطالعه نیز دارای محدودیت هایی می باشد که، مهم ترین محدودیت های این پژوهش به شرح زیر است: با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی نوجوانان مصرف کننده مواد مخدر شهر بندر امام خمینی (ره) انجام شده، قابل تعمیم به نوجوانان سایر فرهنگ ها نمی باشد. یک محدودیت دیگر این پژوهش عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار دیگری چون حمایت اعضای خانواده و شرایط محیط زندگی و غیره است که می توانند بر سطح اندیشه پردازی خودکشی و بهزیستی روانشناختی نوجوانان مصرف کننده مواد مخدر اثرگذار باشند، اما در این پژوهش به آن پرداخته نشد. بنابراین پیشنهاد می شود که این

**14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**
Tbilisi - Georgia
September 15, 2024



center for islamic studies
in united universities
CISUU



Avicenna International
Community College LLC



پژوهش در مورد نوجوانان سایر شهرها اجرا و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود. یکی از پیشنهاداتی که طی این پژوهش شکل گرفت این بود که به بررسی نقش متغیرهای تعدیلگر دیگری چون میزان دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده و محیط زندگی و غیره که می‌توانند بر سطح سلامت روان اثرگذار باشند، پرداخته شود.

موازن اخلاقی

این پژوهش با رعایت کلیه اصول رازداری و محرمانگی اطلاعات شرکت کنندگان صورت گرفته است.

تعارض منافع

در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.



منابع

- زندى، س؛ رحيمى، ع؛ موسوى نسل، م. (۱۳۹۹). پيامدهاى مرگ در زندگى نوجوانان. مشاوره پژوهش، (۳۲) (۷۰).
- طاهرى، ع؛ منشى، غ؛ عابدى، ا. (۱۳۹۸). مقايسه اثربخشى ذهن آگاهى نوجوان محور با آموزش هيجان محور بر عزت نفس و مشكلات خواب در نوجوانان داغ ديده پسر. مشاوره پژوهش، (۱۹) (۷۵).
- موسوى، ر؛ فاطمى، ف؛ شانازى، ي. (۱۳۹۹). رابطه بين تحمل ناکامى و انگيزه تايد با سازگارى عاطفى دانش آموزان دختر. پژوهش - هاى مشاوره. ۱۹ (۷۳).
- ناطقى محبوبه، سهرابى فرامرز. اثربخشى درمان شناختى رفتارى بر افکار خود كشى و تكانشگرى نوجوانان داراى اعتياد به مواد مخدر. فصلنامه علمى اعتياد پژوهى. ۱۳۹۶؛ ۱۱ (۴۲): ۲۲۸-۲۱۳.
- Aftab R, Bermas H, Abolmaali Alhoseyni K. Prediction of suicidal thoughts based on the five - factor personality traits with the mediatory of defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;11(3):11-24. (Persian)
- Bagian Kulehmarzi MJ, Karami J, Momeni K, Elahi A. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and Dialectical Behavior Therapy Based on Compassion on Resilience and Motivations for Suicide Attempts in People Attempted Suicide. *Contemporary Psychology*. 2018;13(1):26-39. (Persian)
- Beck JS, Beck AT. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 3rd ed. *New York: Guilford Press*; 2020
- Clark DA, Beck AT. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. *New York: Guilford Press*; 2011.
- Hagen R, Hjemdal O. Cognitive Behavior Therapy. In: Ramachandran VS, editor. Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition). San Diego: *Academic Press*; 2012. p. 525-30.
- McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM* 2015; hcv026.
- Simbar M. Adolescent Reproductive Health. Tehran: *Golban*; 2014.
- Smischney TM, Chrisler A, Villarruel FA. *Risk Factors for Adolescent Suicide*. 2014
- Yovel I, Mor N, Shakarov H. Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: an analogue investigation. *Behavior therapy*. 2014;45(4):482-94.
- Yovel I, Mor N, Shakarov H. Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: An analogue investigation. *Behavior Therapy*. 2014;45(4):482-94.
- Zemestani M, Yousefi N, Keshavarzi S. Effectiveness of cognitive- behavioral group therapy along with family training on components associated with suicide in girls attempted to suicide. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2015;5(3):107-20. (Persian)
- Rizvi S, Iskrice A, Calati R, Courtet P. Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: Evidence from clinical and neuroimaging findings. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017;30(2):159-67.
- Williams JMG. The cry of pain. London: *Penguin*; 2001.
- Hawkins KA, Hames JL, Ribeiro JD, Silva C, Joiner TE, Cogle JR. An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *J Psychiatr Res*. 2014;50:59-65.
- Ngwena J, Hosany Z, Sibindi I. Suicide: a concept analysis. *Journal of Public Health*. 2017;25(2):123-34.

14th International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE
Tbilisi - Georgia
September 15, 2024



The effectiveness of cognitive behavioral therapy on suicidal ideation and psychological well-being in teenagers attempting suicide referring to counseling clinics in Bandar Imam Khomeini (RA)

Abtissam Mansouri

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Andimeshk Branch, Iran.

Abstract

Target: The present study was the effectiveness of cognitive behavioral therapy on suicidal ideation and psychological well-being in adolescents with drug abuse referring to addiction treatment clinics in Bandar Imam Khomeini (RA). **Method:** The research design was semi-experimental with pre-test and post-test with two experimental and control groups that were selected purposefully; And since the statistical population included teenagers with drug abuse referring to drug addiction clinics in Bandar Imam Khomeini (RA), 20 of them were randomly divided into two experimental and control groups (10 in the experimental group and 10 in the control group). control) were assigned and the subjects of the experimental group were trained in the cognitive behavioral therapy method of Leahy (2017) Beck (1996) and Riff (1989) psychological well-being measurement tools were used. To analyze the data, the statistical method of covariance analysis and SPSS software were used. **Findings:** A significant difference was observed between the post-test averages of suicidal ideation and psychological well-being of the experimental and control groups ($p < 0.005$). **Conclusion:** The results showed that cognitive behavioral therapy training is effective on suicidal ideation and psychological well-being in adolescents with drug abuse referring to addiction treatment clinics in Bandar Imam Khomeini (RA).

Keywords: cognitive behavioral therapy, adolescents with drug abuse, suicidal ideation, psychological well-being.