



## The effectiveness of trauma-based cognitive-behavioral therapy on suicidal thoughts and cognitive distortions of youth with a history of suicide

Ehsan Parvin <sup>1\*</sup> 

1. PhD student, Department of Educational Sciences, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran (corresponding author)

### Journal Info:

Volume 1, Issue 2 Summer 2022  
Pages: 39-46

### Article Dates:

Receive: 2022/05/22  
Accept: 2022/08/04  
Published: 2022/09/22

### Keywords:

Trauma-based cognitive-behavioral therapy, Suicidal thoughts, Cognitive distortions, Youth

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of trauma-based cognitive-behavioral therapy on suicidal thoughts and cognitive distortions of youth with a history of suicide.

**Method:** In terms of purpose, the current research was of applied type and the method of conducting it was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with an experimental group and a control group and a three-month follow-up period. Therefore, the statistical population of the research included 18-25-year-old people with a history of suicide who had referred to a private counseling and psychotherapy center in Tehran's 10th district in 1401. 30 people were selected by available sampling and randomly assigned to an experimental group (15 people) and a control group (15 people). Then, Mannarino et al.'s (2014) trauma-based cognitive-behavioral therapy package was implemented on the test group. In order to collect data, the research tools included the Ellis Cognitive Distortions Questionnaire (2000) and the Beck Suicidal Thoughts Scale (BSSI). For data analysis, mixed variance analysis with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test and SPSS software version 26 were used.

**Findings:** F value and significance level were calculated in the analysis of variance with repeated measurement in the variable of cognitive distortions ( $F = 7.15$  and  $P = 0.001$ ) and suicidal thoughts ( $F = 7.40$  and  $P = 0.001$ ). It can be concluded that the intervention used in this study, namely trauma-based cognitive behavioral therapy as an independent variable, has significantly caused changes in the dependent variables (cognitive distortions and suicidal thoughts).

**Conclusion:** Based on the available findings, it can be concluded that trauma-based cognitive-behavioral therapy can be useful for the treatment of young people with a history of suicide.

### Article Cite:

Parvin E. (2022). The effectiveness of trauma-based cognitive-behavioral therapy on suicidal thoughts and cognitive distortions of youth with a history of suicide, *Psychological Dynamics in Mood Disorders*. 1(2): 39-46



## اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر افکار خودکشی و تحریف‌های شناختی افراد با سابقه خودکشی

احسان پروین<sup>۱\*</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)

### اطلاعات نشریه:

دوره ۱، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱  
صفحات: ۳۹-۴۶

### تاریخ های مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱  
پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۳  
انتشار: ۱۴۰۱/۰۶/۳۱

### واژگان کلیدی:

درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما، افکار خودکشی، تحریف‌های شناختی، جوانان.

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر افکار خودکشی و تحریف‌های شناختی جوانان با سابقه خودکشی بود.

**روش:** پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و شیوه انجام آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. از این رو، جامعه آماری پژوهش شامل افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله با سابقه خودکشی بود که در سال ۱۴۰۱ به یک مرکز مشاوره و روان‌درمانی خصوصی در منطقه ۱۰ تهران مراجعه کرده بودند و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. سپس، روی گروه آزمایش بسته درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ترومای مانارینو و همکاران (۲۰۱۴) اجرا شد. به منظور گردآوری داده‌ها، ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تحریف‌های شناختی الیس (۲۰۰۰) و مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی و نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد.

**یافته‌ها:** با توجه به مقدار  $F$  و سطح معناداری در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر تحریف‌های شناختی ( $F = 7/15$  و  $P = 0/001$ ) و افکار خودکشی ( $F = 7/40$  و  $P = 0/001$ ) می‌توان نتیجه گرفت که مداخله به کار رفته در این پژوهش یعنی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما به عنوان متغیر مستقل به طور معناداری باعث وقوع تغییرات در متغیرهای وابسته (تحریف‌های شناختی و افکار خودکشی) شده است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های موجود می‌توان نتیجه‌گیری نمود که برای درمان جوانان با سابقه خودکشی، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما می‌تواند مفید واقع شود.

### استناد به مقاله:

پروین ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر افکار خودکشی و تحریف‌های شناختی افراد با سابقه خودکشی، پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی؛ ۱(۲): ۳۹-۴۶

## مقدمه

خودکشی<sup>۱</sup>؛ فرایند عمدی پایان دادن به زندگی خود هست. انواع خودکشی شامل خودکشی موفق یا کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی هست (زورتنی و برنا<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). خودکشی شامل مجموعه‌ای از مراحل متوالی از جمله افکار خودکشی، طرح خودکشی و اقدام به خودکشی است (براردلی و همکاران، ۲۰۲۰). در خودکشی موفق، فرد با انجام عمل مخرب، به خود آسیب می‌رساند که باعث مرگش می‌شود. در اقدام به خودکشی، فرد اقداماتی را برای نابودی خود انجام می‌دهد، اما منجر به مرگش نمی‌شود و در افکار خودکشی<sup>۳</sup>، فرد تفکرات یا خیال‌پردازی برای انجام خودکشی یا آسیب به خود دارد که به صورت کلامی یا نوشتاری بیان می‌گردد و فرد هنوز در این مورد اقدامی نکرده است (مارتینز-لیبانو و یومانس کابرا<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). هر روز در سراسر جهان بیش از ۱۰۰۰ خودکشی و ۱۰ الی ۲۰ برابر آن اقدام به خودکشی رخ می‌دهد. همه‌ساله در ایالات متحده آمریکا، ۳۵۰۰۰ نفر جانشان را در اثر خودکشی از دست می‌دهند (اوبگی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند افکار خودکشی، به عنوان یک عامل پرخطر برای خودکشی، دارای اثر پیش‌بینی کننده قابل توجهی است (تایسمن<sup>۶</sup> همکاران، ۲۰۱۸؛ بانستولا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهد میزان شیوع تمایل به رفتارهای خودکشی و انگاره‌پردازی خودکشی در جوامع مختلف در طول دهه‌های اخیر رو به افزایش بوده است (سجادپور و همکاران، ۱۳۹۹). افکار خودکشی به عنوان افکار خودگزارشی درباره‌ی خودکشی، در دامنه‌ای از یک میل مبهم برای مردن تا نقشه کامل خودکشی تعریف می‌شود (مرادی و همکاران، ۱۴۰۰). افکار خودکشی معمولاً در ابتدای رفتار خودکشی بروز می‌کند. این افکار شامل آرزوی هرگز زاده نشدن و آرزوی مرگ تا افکار اختصاصی خودکشی، مانند نقشه‌پردازی دقیق در ارتباط با زمان، مکان و چگونگی انجام خودکشی متغیر است. بر این اساس بررسی افکار خودکشی به عنوان یکی از زمینه‌ها و متغیرهای مهم شکل‌گیری رفتار، اقدام و عمل خودکشی مطرح است (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۷). در این میان افکار خودکشی شامل: اظهارات کلامی و غیرکلامی، نشان دهنده‌ی فوریتی بالینی در روانپزشکی است و افراد با ایده‌پردازی خودکشی نسبت به افراد بدون ایده‌پردازی خودکشی خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی دارند (چویی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در ۱۵ سال گذشته نیز، افزایش ۶۰ درصدی ایده‌پردازی خودکشی را نشان داده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). در همین راستا، تحریف شناختی<sup>۹</sup> به عنوان باورهای بسیار اغراق‌آمیز، سفت و سخت، غیرمنطقی و مطلق تعریف شده است، هرگاه انسان به گونه‌ای غیرمنطقی فکر کند، رویدادهای زندگی را به شکلی متفاوت از آنچه واقعاً هستند، درک می‌کنند (نوبدی پشتیری و همکاران، ۱۴۰۱). بر اساس مدل‌های شناختی، یکی از عوامل مؤثر در پیدایش اضطراب در افراد، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به شرایط است. آسیب‌پذیری شناختی به صورت تفسیر منفی و تحریف شده اطلاعات در برابر درک ذهنی از مشکلات تلقی می‌گردد که می‌تواند ناشی از تجارب منفی فرد در دوران کودکی باشد. تحریف‌های شناختی نوعی تعبیر و تفسیر غلط افراد، از اتفاقات بیرونی می‌باشد که باعث هیجانات منفی آنها می‌شود. این تعبیر و تفسیر غلط، خودکار و تحت عنوان تحریف‌ها یا خطاهای شناختی به ذهن ما خطور می‌کند (استیل<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). این پدیده به عنوان عامل خطری برای بروز افکار خودکشی و اقدام به خودکشی است (بولن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از درمان‌هایی که در مداخلات بحرانی همچون خودکشی کاربرد دارد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما است. درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما شیوه‌ای کاملاً شناخته شده است که در سال ۲۰۰۴ توسط کوهن ابداع شد. این درمان مبتنی بر نظریه‌های یادگیری و شناختی می‌باشد که باورها و اسناد تحریف شده مرتبط با تروما را در مورد شناسایی و محیطی حمایتی فراهم می‌کند که در آن افراد تشویق می‌شوند تا در مورد تروماهای خود صحبت کنند (مانارینو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)؛ از این رو این شیوه درمانی برای افراد با تجربه‌های تروماتیک گوناگون از جمله سوءاستفاده جنسی، آزار دیدگی کودکی، خشونت جسمی و اختلال استرس پس از سانحه مفید است (آنترهیتزبرگر<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر افکار خودکشی و تحریف‌های شناختی افراد با سابقه خودکشی بود.

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و شیوه انجام آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. از این رو، جامعه آماری پژوهش شامل افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله با سابقه خودکشی بود که در سال ۱۴۰۱ به یک مرکز مشاوره و روان‌درمانی خصوصی در منطقه ۱۰ تهران مراجعه کرده بودند و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. سپس، روی گروه آزمایش بسته درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما مانارینو و همکاران (۲۰۱۴) اجرا شد.

1. Suicide
2. Zortea
3. Suicidal thoughts
4. Martinez-Libao & Yeomans Cabrera
5. Obegi
6. Teismann
7. Banstola
8. Choi
9. Cognitive distortion
10. Steel
11. Bollen
12. Mannarino
13. Unterhitzberger

به منظور گردآوری داده‌ها، ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تحریف‌های شناختی الیس (۲۰۰۰) و مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) بود. ملاک‌های ورود شامل داشتن سابقه خودکشی و سن بین ۱۸ تا ۲۵ سال بود؛ ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه، شرکت در جلسات درمانی دیگر یا دارودرمانی و تشخیص بیماری روانپزشکی حاد بود. آزمودنی‌های هر دو گروه در ابتدای پژوهش پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده و سپس، گروه آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ترومای مانارینو و همکاران (۲۰۱۴) قرار گرفتند در صورتی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات مجدداً هر دو گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی انجام شد. در بخش استنباطی تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی و نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد. ابزار استفاده شده در پژوهش عبارت است از:

**۲. پرسشنامه تحریف‌های شناختی (۲۰۰۰):** این پرسش‌نامه یک پرسش‌نامه استاندارد شده توسط آلبرت الیس طراحی و ساخته شده است و شامل ۲۰ عبارت است که به سنجش تحریف‌های شناختی می‌پردازد. در این پرسش‌نامه هر تفکر نامعقول ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. به این ترتیب عبارات؛ تحریف شماره ۱ (تفکر همه یا هیچ)، تحریف شماره ۲ (تعمیم مبالغه‌آمیز)، تحریف شماره ۳ (فیلتر ذهنی)، تحریف شماره ۴ (بی‌توجهی به امر مثبت)، تحریف شماره ۵ (نتیجه‌گیری شتاب‌زده)، تحریف شماره ۶ (درشت‌بینی - ریزبینی)، تحریف شماره ۷ (استدلال احساسی)، تحریف شماره ۸ عبارات (باید؛ بهتر) است، تحریف شماره ۹ (برچسب زدن) و تحریف شماره ۱۰ (شخص‌سازی)، را مورد سنجش قرار می‌دهند. آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت؛ کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم به سوالات پاسخ می‌دهند و نمره‌ای برابر با یک تا پنج می‌گیرند. از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره کل به دست می‌آید. کسب نمرات کمتر نشان‌دهنده تحریف شناختی بیشتر در هر یک از ابعاد است. در پژوهش نویدی پشتیبانی و همکاران (۱۴۰۱) ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد و روایی پرسشنامه نیز تأیید شد.

**۲. پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI):** پرسشنامه افکار خودکشی بک در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ ماده هست. سوالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در آزمون افکار خودکشی بک پنج سؤال وجود دارد که سوالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. این مقیاس بر اساس سه درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره فرد از جمع نمرات مشخص می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. نمرات بالاتر نشانگر تمایل بیشتر به افکار خودکشی هست و برعکس. این مقیاس دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است. انیسی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال اعتبار و روایی این مقیاس را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به دست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش هاشمی (۱۳۹۸) برابر با ۰/۹۵ و از روش دونیمه ۰/۷۵ به دست آمد.

**۳. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT):** این درمان کوتاه مدت و ساختار یافته است که در ۱۲-۱۸ جلسه، هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ارائه می‌شود.

#### جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ترومای مانارینو و همکاران (۲۰۱۴)

جلسه	فرایند جلسه
اول	آشنایی با فرآیند درمانی، ایجاد رابطه درمانی، القای حس امید، بررسی ابعاد مختلف رویداد آسیب‌زا و آموزش اختلال پس از آسیب
دوم	شناسایی افکار و بررسی خودگویی‌های مراجع
سوم	مواجهه و رویارویی در محیط زنده و تمرین آرمیدگی یا راهبردهای آرامسازی
چهارم	بررسی استرس، آموزش مهارت مبارزه با عزت نفس پایین و مقابله با استرس
پنجم	آموزش جرأت‌ورزی، مدیریت خشم و مهارت قاطعیت مؤثر
ششم	بررسی احساس گناه، آموزش تکنیک وکیل مدافع و مدیریت استرس
هفتم	آموزش راهبردهای مقابله‌ای برای موقعیت‌های مختلف تروماتیک
هشتم	بازشناسی و نامگذاری آنچه از دست رفته است

#### یافته‌ها

از لحاظ داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۲/۰۳ (۲/۵۱) و در گروه کنترل ۲۱/۸۸ (۲/۳۰) سال بود. همچنین در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) مرد و ۶ نفر (۴۰ درصد) زن بودند و در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) مرد و ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) زن بودند. در جدول زیر شاخص‌های آمار توصیفی داده‌های گردآوری شده پژوهش گزارش شده است.

#### ۲- جدول ۲. داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
-------	------	-------	---------	--------------

تحریف‌های شناختی		آزمایش	پیش‌آزمون	۶۷/۸۵	۶/۵۲
			پس‌آزمون	۶۰/۳۲	۶/۹۱
			پیگیری	۵۹/۴۹	۷/۰۵
کنترل		پیش‌آزمون	۶۴/۳۲	۶/۹۱	
		پس‌آزمون	۶۳/۹۱	۷/۵۱	
		پیگیری	۶۴/۴۹	۷/۱۱	
افکار خودکشی		آزمایش	پیش‌آزمون	۶۲/۳۳	۶/۵۶
			پس‌آزمون	۵۶/۸۳	۵/۷۱
			پیگیری	۵۷/۰۴	۶/۱۹
کنترل		پیش‌آزمون	۶۳/۹۹	۷/۱۵	
		پس‌آزمون	۶۳/۸۰	۶/۳۰	
		پیگیری	۶۴/۱۵	۶/۵۶	

بر اساس مندرجات جدول فوق، در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشده اما در گروه آزمایش به صورت شهودی میانگین تحریف‌های شناختی و افکار خودکشی کاهش یافته است. برای آزمایش معنادار بودن اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر گروه آزمایش از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله استفاده شده است. برای این منظور ابتدا باید پیش‌فرض‌های مورد نیاز بررسی شود.

### جدول ۳. نتایج توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین		آزمون ام باکس	
	آماره	معناداری	مقدار F	معناداری	مقدار F	معناداری
تحریف‌های شناختی	۰/۶۰۸	۰/۳۵۲	۰/۳۰۰	۰/۷۵	۱/۵۳	۰/۰۳۱
افکار خودکشی	۰/۸۵۷	۰/۲۹۰	۰/۳۹۹	۰/۶۹	۲/۱۱	۰/۰۲۲

مطابق جدول فوق، آزمون شاپیرو ویلک نرمال بودن داده‌ها را نشان می‌دهد. همچنین، بر اساس نتایج آزمون لوین شرط همسانی واریانس برقرار است و در نهایت آزمون ام باکس نیز ماتریکس کوواریانس را تأیید می‌کند. از این رو اجازه استفاده از شیوه تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر سه‌مرحله‌ای وجود دارد.

### جدول ۴. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با متغیرهای تحریف‌های شناختی و افکار خودکشی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر (اتا)
تحریف‌های شناختی	مداخله	۲۸۹۵۲/۵۳	۱	۲۸۹۵۲/۵۳	۲۶۷/۶۱	۰,۰۰۰	۰/۸۱
شناختی	گروه	۳۹۴/۴۲	۱	۳۹۴/۴۲	۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۵۰۸/۶۰	۳۰	۱۶/۹۵			
	مداخله	۲۷۸۵۲/۳۰	۱	۲۷۸۵۲/۳۰	۲۷۹/۹۳	۰,۰۰۰	۰/۸۴
افکار خودکشی	گروه	۴۳۹/۴۰	۱	۴۳۹/۴۰	۷/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	خطا	۶۹۲/۸۲	۳۰	۲۳/۰۹			
	مداخله						

بر اساس مندرجات جدول فوق، با توجه به مقدار F و سطح معناداری مقدار به دست آمده در متغیر تحریف‌های شناختی ( $F = ۷/۱۵$  و  $P = ۰/۰۰۱$ ) و افکار خودکشی ( $F = ۷/۴۰$  و  $P = ۰/۰۰۱$ ) می‌توان نتیجه گرفت که مداخله به کار رفته در این پژوهش یعنی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما به عنوان متغیر مستقل به طور معناداری باعث وقوع تغییرات در متغیرهای وابسته (تحریف‌های شناختی و افکار خودکشی) شده و این بدان معناست که تغییرات ایجاد

شده در متغیرهای وابسته ناشی از اجرای درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بود.

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل شده بر اساس آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

شاخص‌های آماری	پس آزمون - پیگیری			پیش آزمون - پیگیری			پیش آزمون - پس آزمون		
	تفاوت	انحراف	معناداری	تفاوت	انحراف	معناداری	تفاوت	انحراف	معناداری
تحریف‌های شناختی	۰/۷۹	۱/۶۶	۱/۰۰	۷/۵۶	۱/۳۱	۰/۰۰	۸/۶۲	۱/۴۲	۰/۰۰
افکار خودکشی	۰/۶۱	۱/۹۱	۱/۰۰	۶/۱۱	۱/۵۱	۰/۰۰	۶/۷۷	۱/۶۰	۰/۰۰

نتایج جدول فوق نشان دهنده آن است که تفاوت میانگین نمرات مرحله پیگیری و پس آزمون معنادار نبوده در حالی که نمرات هر دو مرحله با نمرات مرحله پیش آزمون تفاوت معنادار دارد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما در مرحله پس آزمون به شکل معنادار باعث تغییر در تحریف‌های شناختی و افکار خودکشی شده و در عین حال این تأثیر بر متغیرهای گروه آزمایش در مرحله پیگیری پایدار بوده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر افکار خودکشی و تحریف‌های شناختی جوانان دارای سابقه خودکشی انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که این شیوه درمانی بر بر افکار خودکشی و تحریف‌های شناختی جوانان با سابقه خودکشی به صورت معناداری تأثیر گذار بوده و بر اساس نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بنفرونی این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مطالعات مسیح پور، ستوده اصل و قربانی (۱۴۰۱)، دربندی و همکاران (۱۴۰۱)، رهبران و همکاران (۱۳۹۸)، ولنتاین و همکاران (۲۰۲۲)، متزگر و همکاران (۲۰۲۱)، انیس و همکاران (۲۰۲۰)، دورسی و همکاران (۲۰۲۰) و استوارت و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت درمان‌گر برای پردازش و مقابله شناختی، شروع به شناسایی، کشف و تصحیح خطاهای شناختی مرتبط با تروما می‌کند. آموزش روانی در مورد ارتباط میان افکار، احساسات و رفتار یک جزء ضروری در این مرحله می‌باشد. معمولاً درمان‌گران برای تکلیف خانگی به مراجع برگه ثبت افکار روزانه می‌دهند که بتواند افکار خود را در آن یادداشت نماید. در این برگه مراجع افکار و احساسات و رفتار خود را می‌نویسد و در جلسه درمانی، درمان‌گر برگه را بررسی می‌نماید. گام بعدی در این درمان تشویق مراجع به یادگیری و جایگزینی افکار دقیق‌تر به جای افکار ناکارآمد به منظور داشتن احساس بهتر است (انیس و همکاران، ۲۰۲۰). برای تغییر این احساسات، درمان‌گر با تمرین سناریوهای مختلف با مراجع به شناسایی شناخت‌های فعلی مراجع می‌پردازد (مثل احساس گناه، حس خودسرزنی، بایدها و نبایدها در مورد این که چرا حادثه رخ داده است). درمان‌گر مراجع را به بررسی استدلال‌های خود در مورد احساس‌ها و باورهای ناکارآمد خود و تأثیرگذاری این افکار بر سبک زندگی تشویق می‌کند. درمان‌گر در این موقع سعی می‌کند که استدلال‌های مراجع را به چالش بکشد و در نهایت به مراجع کمک کند تا تعریفات شناختی را با شناخت‌های درست جابه‌جا کند، این جابه‌جایی اغلب به طور طبیعی از طریق بررسی استدلال و به چالش کشیدن استدلال به دست می‌آید. اگر مراجع در هنگام بیان احساسات خود دچار تنش شد، درمان‌گر برای کاهش سطح تنش فنون آرام‌سازی را به کار می‌برد (متزگر و همکاران، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر، در درمان شناختی بر اصلاح افکار ناکارآمد خودکار که می‌تواند به احساسات منفی مانند افسردگی و اضطراب منجر شود، تمرکز می‌گردد. در این مداخله برای کمک به مراجعان آزرده‌دهنده، به آن‌ها کمک می‌گردد روابط بین افکار منفی خودکار، حالت عاطفی منفی و رفتارهای ناکارآمد را شناسایی و توصیف کنند. با یادگیری به چالش کشیدن افکار منفی اصلی و جایگزینی آن با افکار مثبت، مراجعان یاد می‌گیرند به حالات عاطفی و رفتاری خود آگاهی بهتری پیدا کنند (استوارت و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، مراجع یاد می‌گیرد به افکاری توجه کند که هنگام ناراحتی، اندوه و یا حساسیت و زودرنجی بیش از حد در ذهنش شکل می‌گیرند. هنگامی که او در شناسایی افکار منفی مهارت یافت، درمان‌گر به او می‌آموزد از تأثیرات این افکار بر روحیه‌اش آگاه شود و افکاری که تأثیر منفی بر روحیه‌اش دارند را تغییر دهد (ولنتاین و همکاران، ۲۰۲۲).

در این شیوه درمانی اغلب به اهمیت ایجاد یا بهبود مهارت‌های انطباقی و سازش‌گر پرداخته می‌شود و در مداخله‌ها بر روش‌های مؤثر تحمل کردن و کنار آمدن با تروما تأکید می‌گردد. مراجعان اغلب تشویق می‌شوند شیوه‌های سازشی که برای آن‌ها مؤثرتر هستند را شناسایی کنند؛ به طور مثال، ایجاد فهرستی از استراتژی‌های سودمند برای خود تهیه کنند. همچنین از آن‌ها خواسته می‌شود هنگامی که علائم استرس بروز می‌کند، از این استراتژی‌ها استفاده کنند. به طور مثال، ممکن است مراجعان تشویق شوند از جملات مثبت و تلقینی استفاده کنند یا احساساتشان را با یک بزرگ‌تر مورد اطمینان در میان بگذارند، توجه خود را به افکار یا تجربیات خوشایند معطوف کرده و یا با مشغول شدن در فعالیت‌های لذت بخش، حواس خود را از این موضوعات پرت کنند. آن‌ها برای استفاده از هرگونه استراتژی که احتمال عواقب منفی آن زیاد است، منع می‌شوند (مانند استفاده از مواد مخدر و مشروبات الکلی، انزوای طولانی مدت و مکرر



و یا جملات تأکیدی منفی ناشی از تحریفات شناختی) (اونستاد و همکاران، ۲۰۲۰). معمولاً آموزش چنین مهارت‌هایی قبل از مباحثات گسترده در رابطه با حادثه ارائه می‌شود. توجه اولیه به این مهارت‌ها تا حدودی به این منظور است که واکنش ناشی از محوریت قرار گرفتن مشکل در درمان کاهش یابد و یا از بروز آن جلوگیری شود. بسیاری از درمان‌گران و متخصصان از این درمان، به عنوان یک چارچوب بنیادین استفاده می‌کنند و دیگر رویکردهای درمانی مناسب را نیز با آن همراه می‌کنند. به طور مثال، به مراجع کمک می‌شود در یک محیط کنترل شده دوباره در معرض علائمی قرار بگیرد که او را عمداً به یاد تجربه ناخوشایندش می‌اندازد. هدف از این بازآفرینی کمک به مراجع برای یکپارچه ساختن افکار و هیجانانش می‌باشد تا به صورتی کلامی یا غیر کلامی از نظر هیجانی تخلیه شود. به طور کلی، مراجعان آزاردیده تمایل به امتناع و طفره رفتن از فعالیت‌هایی دارند که ممکن است باعث ایجاد یک حالت مثبت و سازنده در آن‌ها شود؛ به همین دلیل برای فعالیت‌های مثبت در این مراجعان، همواره برنامه‌ریزی هدفمند مسئله کلیدی است (دورسی و همکاران، ۲۰۲۰). لذا می‌توان دریافت که درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند از طریق تمرکز بر تروماهای دوران کودکی و به کارگیری فنون شناختی-رفتاری بر افکار خودکشی و تحریف‌های شناختی جوانان دارای سابقه خودکشی مؤثر واقع شود.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله: استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها با خود خطاهایی به همراه دارد که عدم رعایت اصل صداقت و سوگیری در پاسخ‌دهی توسط شرکت‌کنندگان نیز بر آن می‌افزاید. همچنین روش پژوهش نیمه آزمایشی و نمونه‌گیری در دسترس می‌تواند تعمیم نتایج را با مشکل مواجه کند لذا باید در استفاده و تعمیم نتایج پژوهش حاضر جوانب احتیاط رعایت گردد. با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش پیشنهاد می‌گردد درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما در موقعیت‌های مختلف و به ویژه بحرانی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین به متخصصین پیشنهاد می‌گردد از فنون استفاده شده در این شیوه درمانی در موقعیت‌های بالینی و مداخله در بحران‌ها استفاده نموده و کارگاه‌های آموزشی جهت آموزش درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما برای متخصصین درمان و مداخلات در بحران برگزار گردد.

**ملاحظات اخلاقی:** در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان

جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.

**تعارض منافع:** تدوین این مقاله، فاقد هرگونه تعارض منافی بوده است.

**سهم نویسندگان:** نگارش مقاله تماماً توسط نویسندگان بصورت مشترک و برابر انجام گرفته است.

**تشکر و قدردانی:** از تمام کسانی که ما را در تهیه این مقاله یاری رسانده‌اند، سپاسگزاریم.

**تأمین اعتبار پژوهش:** این پژوهش بدون تأمین اعتبار مالی سامان یافته است.

## References

- Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Lester, D., & Pompili, M. (2021). The importance of suicide risk formulation in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 12, 779684.
- Bollen, J., Ten Thij, M., Breithaupt, F., Barron, A. T., Rutter, L. A., Lorenzo-Luaces, L., & Scheffer, M. (2021). Historical language records reveal a surge of cognitive distortions in recent decades. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(30), e2102061118.
- Choi, S. H., Lee, S. E., Lee, C. W., Maeng, S., Son, J., Kim, W. H., ... & Kim, H. (2020). Association between perceived parenting style and adolescents' attitudes toward suicide. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 193.
- Cohen, J. A. (2004). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for sexually abused children. *Psychiatric Times*, 21(10), 52-52.
- Darbandi, M., Nasser, A., Deira, E., Mirzaei, K., Azadi, Sh. (2022). Comparing the effectiveness of trauma-based cognitive-behavioral group therapy and acceptance and commitment-based therapy on depression and quality of life of people with cancer. *Journal of Adolescent and Young Psychological Studies*, 3(2): 113-130.
- Dorsey, S., Lucid, L., Martin, P., King, K. M., O'Donnell, K., Murray, L. K., ... & Whetten, K. (2020). Effectiveness of task-shifted trauma-focused cognitive behavioral therapy for children who experienced parental death and posttraumatic stress in Kenya and Tanzania: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(5), 464-473.
- Ennis, N., Shorer, S., Shoval-Zuckerman, Y., Freedman, S., Monson, C. M., & Dekel, R. (2020). Treating posttraumatic stress disorder across cultures: A systematic review of cultural adaptations of trauma-focused cognitive behavioral therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 587-611.

- Ghorbani, N., Bagheri Hosseinabadi, Sh. (2021). The effectiveness of short-term family therapy based on suicidal thoughts and emotional maturity in couples applying for divorce. *Quarterly Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 3(3 consecutive 9): 33-44.
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(2), 111-127.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy. Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: Considering core components and treatment effectiveness, 165-185.
- Martínez-Líbano, J., & Yeomans Cabrera, M. M. (2021). Suicidal ideation and suicidal thoughts in university students during the COVID-19 pandemic: A systematic review.
- Masihpour, Z., Sotudeh Asl, N., Qurbani, m. (2022). The effectiveness of trauma-based cognitive-behavioral therapy on reducing vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Applied Family Therapy*, 3(3), 357-370.
- Metzger, I. W., Anderson, R. E., Are, F., & Ritchwood, T. (2021). Healing interpersonal and racial trauma: Integrating racial socialization into trauma-focused cognitive behavioral therapy for African American youth. *Child maltreatment*, 26(1), 17-27.
- Navidi Pashthiri, Sh., Hassanzadeh, R., Emadian, S A. (2022). Comparing the effectiveness of schema therapy based on mindset and therapy based on acceptance and commitment on cognitive distortions and causal attributions in nursing and midwifery students with health anxiety. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(2): 57-71.
- Obegi, J. H. (2021). How common is recent denial of suicidal ideation among ideators, attempters, and suicide decedents? A literature review. *General hospital psychiatry*, 72, 92-95.
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Jensen, T. K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 350.
- Steel, C. M., Newman, E., O'Rourke, S., & Quayle, E. (2020). A systematic review of cognitive distortions in online child sexual exploitation material offenders. *Aggression and violent behavior*, 51, 101375.
- Stewart, R. W., Orenco-Aguayo, R., Young, J., Wallace, M. M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & de Arellano, M. A. (2020). Feasibility and effectiveness of a telehealth service delivery model for treating childhood posttraumatic stress: A community-based, open pilot trial of trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 274.
- Stewart, R. W., Orenco-Aguayo, R., Young, J., Wallace, M. M., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & de Arellano, M. A. (2020). Feasibility and effectiveness of a telehealth service delivery model for treating childhood posttraumatic stress: A community-based, open pilot trial of trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 274.
- Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H., & Margraf, J. (2018). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 1-7.
- Unterhitzberger, J., Wintersohl, S., Lang, M., König, J., & Rosner, R. (2019). Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1-10.
- Valentine, S. E., Fuchs, C., Carlson, M., & Elwy, A. R. (2022). Leveraging multistakeholder engagement to develop an implementation blueprint for a brief trauma-focused cognitive behavioral therapy in primary care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(6), 914.
- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3). World Health Organization.
- Zortea, T. C., Brenna, C. T., Joyce, M., McClelland, H., Tippet, M., Tran, M. M., ... & Platt, S. (2020). The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts. *Crisis*.