

اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری خانواده-محور و راه‌حل-محور بر
افکار خودکشی‌گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری
خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی

رضا خجسته‌مهر

دانشیار روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

ذبیح اله عباس پور^۱

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

غلامرضا رجبی

دانشیار روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

سیروس عالی پور

استادیار روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

یوسفعلی عطاری

استاد مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز و واحد علوم و تحقیقات آزاد اسلامی اهواز

علی حسن رحمانی

متخصص مسمومیت، بیمارستان رازی اهواز

پذیرش: ۹۳/۶/۱۴

دریافت: ۹۳/۴/۳۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده-محور و درمان راه‌حل-محور بر کاهش افکار خودکشی‌گرایانه و علائم افسردگی و افزایش پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی افراد اقدام‌کننده به خودکشی در

بیمارستان رازی شهرستان اهواز بود. بر این اساس، شش مرد اقدام‌کننده به خودکشی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

روش: در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. درمان شناختی رفتاری خانواده-محور و درمان راه‌حل-محور در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد و آزمودنی‌ها به پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13)، مقیاس افکار خودکشی گرایانه (SIS) و مقیاس ارزیابی انطباق-پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: درمان شناختی رفتاری خانواده-محور در کاهش افکار خودکشی-گرایانه و علائم افسردگی و افزایش پیوستگی اثر معناداری داشت و درمان راه‌حل-محور فقط در کاهش افکار خودکشی‌گرایی معنادار بود.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان بر هدف‌های درمان تاثیر داشته‌اند، اما درمان شناختی رفتاری خانواده-محور موفق‌تر بوده است.

واژگان کلیدی: خودکشی، درمان شناختی رفتاری خانواده-محور، درمان راه‌حل-محور، افکار خودکشی‌گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی.

مقدمه

یکی از مشکلات عمده در نظام سلامت در تمام جهان، خودکشی^۱ است (اوون، رابرتز و تیلور^۲، ۲۰۱۴). خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت^۳ (WHO) در سال ۱۹۹۶ یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضداجتماعی اعلام شد. هر ساله یک میلیون نفر در جهان خودکشی می‌کنند (اودونل و ویلکینسون^۴، ۲۰۱۲؛ نورتنداف^۵، ۲۰۱۰) و در ۴۵ سال اخیر ۶۰ درصد افزایش داشته است (دلگادو^۶، ۲۰۱۲). این پدیده علاوه بر زیان‌های شخصی و خانوادگی، یک زیان اجتماعی هم شمرده می‌شود (مرادی، مرادی و مصطفوی، ۱۳۹۱). در بسیاری از فرهنگ‌ها، خودکشی عملی ننگین، گناه‌آلود، شرم‌آور و نشانه‌ی رفتارهای خودخواهانه یا فریب‌کارانه تلقی می‌شود. این باورها هم در جامعه وجود دارد و هم در بین کسانی که افکار خودکشی دارند. دین اسلام به کرامت انسان و جانشین خداوند بودن انسان در روی زمین تاکید کرده و جان انسان را امانتی می‌داند که به او داده شده است. خداوند صراحتاً به کسانی که خودکشی کنند، آتش دوزخ را وعده داده است (قرآن کریم، سوره نساء). در آیات و احادیث فراوان نیز به حرام بودن این رفتار اشاره شده است.

خودکشی و رفتار خودکشی‌گرایی (مثل اندیشه‌پردازی^۷، نقشه^۸ خودکشی و اقدام^۹ به خودکشی) یک مسأله‌ی پراهمیت و قابل توجه است. خودکشی بعد از تصادفات و قتل، سومین عامل تجربه مرگ در نوجوانان و جوانان (۱۵ تا ۲۵ سال) است (اندرسون^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ ژینگ^{۱۱} و

1. Suicide
2. Owens, Roberts, & Taylor
3. World Health Organization
4. O'Donnell & Wilkinson
5. Nordentoft
6. Delgado
7. ideation
8. plan
9. Attempt
10. Andersson
11. Xing

همکاران، ۲۰۱۰؛ هاپ^۱، ۲۰۰۹؛ چوی^۲، ۲۰۰۷؛ امیری نژاد، قریشی نژاد و جوانمرد، ۱۳۹۰) و رفتار خودکشی گرایی با خطر قابل توجه اقدامات چندگانه، افزایش هزینه‌های مربوط به مراقبت از سلامت و رنج و عذاب نوجوان و خانواده رابطه دارد. جدیدترین آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که فراوانی خودکشی ۱۱/۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۵-۲۹ است (وارنیک^۳، ۲۰۱۲). اگر چه در بعضی تحقیقات نشان داده شده که افراد ۶۵ ساله و بالاتر، نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند (کتل^۴، ۲۰۰۰؛ به نقل از کراکر، کلار و اوانز^۵، ۲۰۰۶). در بعضی از کشورها آمار خودکشی نسبت به ۴۵ سال پیش ۶۰ درصد افزایش داشته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸؛ به نقل از همیلتون^۶، ۲۰۱۳). مک ایتوش^۷ (۲۰۰۷؛ به نقل از مانک-خوری^۸، ۲۰۱۲) تخمین زده که در ایالات متحده آمریکا، هر سال بین ۸۶۴۹۵۰ تا ۱۱۰۰۰۰۰ نفر اقدام به خودکشی می‌کنند. در حال حاضر بیشترین نرخ آمار خودکشی در مردان، در کشور لیتوانی با آمار ۶۱/۲ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر و در زنان، کره جنوبی با آمار ۲۲/۱ نفر در ۱۰۰۰۰۰ است و در کل، کشور لیتوانی با آمار ۳۴/۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بیشترین آمار خودکشی در جهان را دارد (وارنیک، ۲۰۱۲). با این که در ایران آمار مدون و دقیقی از میزان وقوع خودکشی وجود ندارد، ولی بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته آمار خودکشی در ایران وضعیتی مشابه سایر کشورها دارد (جمشیدزاده، ۱۳۸۲؛ به نقل از اکبری زردخانه، جعفری، دولتشاهی، ممقانی، ۱۳۸۸).

1. Hope
2. Choi
3. Värnik
4. Cattell
5. Crocker, Clare, Evans
6. Hamilton
7. McIntosh
8. Mance-Khourey

پژوهش‌های انجام شده در مورد خودکشی نشان داده که خودکشی یک کنش چندعاملی^۱ است (سوکرو^۲، ۲۰۰۶). سازمان بهداشت جهانی^۳ (۲۰۱۲) علل خودکشی را بسیار پیچیده و مختلف می‌داند که می‌توانند در پنج عامل روان‌شناختی، زیستی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی طبقه‌بندی شوند.

مطالعات جدید همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که شیوع اقدام به خودکشی در میان نوجوانان به طور چشم‌گیری رو به افزایش است و شیوع آن در دانش‌آموزان دبیرستانی به ۳/۵ تا ۱۱ درصد می‌رسد (لوینسون، رود و سیلی، ۱۹۹۴؛ به نقل از بایبری و همکاران، ۱۳۸۹). در حال حاضر خودکشی عامل ۱۲ درصد مرگ و میرهای نوجوانان، دومین عامل در افراد ۲۵ تا ۳۷ سال و سومین عامل مرگ در افراد ۱۵ تا ۲۴ سال در آمریکا است (اندرسون، تریو و پرسه^۴، ۲۰۰۲؛ به نقل از اکبری زردخانه، جعفری، دولتشاهی، ممقانیه، ۱۳۸۸؛ لیسچیتز، ین، وینستاک و اسپریتو^۵، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها رشد سریع خودکشی را در کشورهای آسیایی نشان می‌دهد که بیشترین نرخ خودکشی به ترتیب در کشورهای کره جنوبی، ژاپن و تایوان دیده می‌شود. در حالی که نرخ خودکشی در کشورهای غربی کاهش اندکی داشته است (سان و لانگ^۶، ۲۰۰۸). با این که در ایران آمار مدون و دقیقی از میزان وقوع خودکشی وجود ندارد، ولی بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته آمار خودکشی در ایران وضعیتی مشابه سایر کشورها دارد (جمشیدزاده، ۱۳۸۲؛ به نقل از اکبری زردخانه، جعفری، دولتشاهی، ممقانیه، ۱۳۸۸).

درمان‌های متعددی وجود دارند که مانند سایر اختلالات دیگر، خودکشی را نیز مورد هدف آماج خود قرار دارند که می‌توان به رویکرد شخص محور^۷، درمان عقلانی-عاطفی-

1. Multifactorial act
2. Sokero
3. World Health Organization
4. Anderssen, Trio, & Prce
5. Lipschitz, Yen, Weinstock, & Spirito
6. Sun & Long
7. person-centered

رفتاری^۱، روان تحلیلی^۲، تحلیلی محاوره‌ای^۳ و درمان وجودی^۴ اشاره داشت. درمان شناختی رفتاری (CBT) بیشترین تحقیقات روان‌درمانی را برای درمان افسردگی و خودکشی نوجوانان به خود اختصاص داده است. همچنین درمان‌های محدود و انگشت‌شماری نیز انجام شده که به بعد خانواده در درمان خودکشی و افسردگی تاکید داشته‌اند. خانواده‌درمانی متمرکز بر دلبستگی^۵ (ABFT؛ دیاموند، ریس، دیاموند، سیکولاند و ایساک^۶، ۲۰۰۲؛ دیاموند و همکاران، ۲۰۱۰). خانواده‌درمانی چندسیستمی^۷ (MST؛ هوی^۸ و دیگران، ۲۰۰۴)، مداخله‌ی خانوادگی متمرکز در خانه^۹ (هارینگتون^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۸). درمان خانواده محور برای افرادی که اختلال دوقطبی^{۱۱} و افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایی دارند (FFT؛ میکلوویتز و تیلور^{۱۲}؛ ۲۰۰۶)، برنامه خانواده درمانی ۶ جلسه‌ای فشرده و بسیار ساختاریافته (SNAP؛ راترام-بوروس، پیاسنسیتی، ون روزم، گرا و کاسترو-بلانکو^{۱۳}، ۱۹۹۴) و تیم حمایتی به نام جوان^{۱۴} (YST؛ کینگ، کرامر، پروس، کر، ویس و ونکاتارامان^{۱۵}، ۲۰۰۶) از بعضی روش‌های خانواده-محور در درمان خودکشی‌گرایی هستند (ولز و هیلبرن^{۱۶}، ۲۰۱۲).

از میان رویکردهای درمانی، درمان‌های شناختی رفتاری سنتی به استانداردهای طلایی در مداخلات درمانی روی اختلالات افسردگی و خودکشی شهرت دارند. با این حال عدم موفقیت

1. Rational emotive behaviour therapy
2. Psychoanalytic
3. Transactional analysis
4. Existential therapy
5. Attachment-based family therapy
6. Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Issacs
7. Multisystemic family therapy
8. Huey
9. A home-based family intervention
10. Harrington
11. Bipolar disorder
12. Miklowitz & Taylor
13. Rotheram-Borus, Piacentini, van Rossem, Graae, & Castro-Blanco
14. Youth-Nominated Support Team
15. King, Kramer, Preuss, Kerr, Weisse, & Venkataraman
16. Wells & Heilbron

تکنیک‌های رایج در این رویکرد، مانند تکنیک حل‌مساله، لزوم آزمون رویکردهای نوین شناختی رفتاری را برای درمان این مشکل در ذهن متبادر می‌سازد. این در حالی است که در اکثر درمان‌های شناختی رفتاری و همچنین درمان‌های بین فردی، بیش از آن که افکار یا اقدامات خودکشی‌گرایی به شکل ویژه در آماج درمانی قرار گیرند، آن‌ها به عنوان بخشی از یک اختلال به حساب آمده و از مداخله‌ی مستقیم بی‌بهره می‌مانند (کلوم و استنلی^۱، ۲۰۰۷؛ به نقل از حناساب‌زاده، یزدان دوست، اصغر نژادفرید و غرایبی، ۱۳۹۰).

یکی از درمان‌های نسبتاً جدید که به طور اختصاصی برای خودکشی طراحی شده است، درمان شناختی رفتاری پیشگیری از خودکشی^۲ (CBT-SP) است. این درمان شامل نوعی مداخله‌ی درمانی خانواده محور برای نوجوانان افسرده خودکشی‌گرا است که به طور خاصی بر پیشگیری از تکرار رفتارهای خودکشی‌گرایی و کاهش عوامل خطرناک مرتبط با آن متمرکز است و ولز و هیلپورن (۲۰۱۲) آن را درمان شناختی رفتاری خانواده-محور^۳ نامیده‌اند. این درمان توسط انستیتوی ملی سلامت روان^۴ (NIMH) و پنج مرکز درمانی دانشگاهی، تحت نظارت واحدهای پژوهشی داروشناسی روانی^۵ (RUPP) طراحی شده است. درمان شامل یک مرحله بحرانی ۱۲ هفته‌ای و یک مرحله پیگیری تماس مداوم ۶ ماهه است. CBT-SP نوعی درمان فردی است، اما گستره‌ای از مداخلات خانوادگی را نیز به کار می‌گیرد تا خطر خودکشی نوجوانان را کاهش دهد. بنابراین نوعی درمان خانواده محور تلقی می‌شود. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که استفاده از CBT-SP برای درمان خودکشی نوجوانان عملی است و برای بیماران قابل قبول است. علیرغم ماهیت بسیار دشوار خودکشی نوجوانان، این درمان در حفظ جان این افراد بسیار موفق بوده است (ولز و هیلپورن، ۲۰۱۲).

1. Klome & Stanely
2. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention
3. Family-Based Cognitive Behavioral Therapy
4. The National Institute of Mental Health
5. Research Units on Pediatric Psychopharmacology

یکی دیگر از رویکردهایی که اخیراً مساله خودکشی را مورد توجه قرار داده، درمان مختصر راه‌حل - محور^۱ (SFBT)، یا آن چه که بعضی ترجیح می‌دهند درمان راه‌حل - محور^۲ (SFT) بگویند، می‌باشد. این درمان در شکل‌های مختلف، درمان مختصری است که از سنت‌های خانواده‌درمانی سیستمی و راهبردی در ایالات متحده آمریکا شکل گرفته‌اند (واتزلوویک، ویکلند و فیش^۳، ۱۹۷۴؛ واتزلوویک، ۱۹۷۸؛ به نقل از هندن^۴، ۲۰۰۸). اسیتو دی شی‌زر^۵ که در سال ۲۰۰۵ درگذشت، به عنوان پدر رویکرد راه‌حل - محور در حل مشکلات مردم شناخته می‌شود و این رویکرد می‌تواند به عنوان یک رویکرد نابیمارگون^۶ و اشتراکی توصیف شود (دی شی‌زر، ۱۹۸۵، ۱۹۸۸، ۱۹۹۱؛ دی شی‌زر و برگ^۷، ۱۹۹۴؛ به نقل از هندن، ۲۰۰۸). کاسترو و گاترمن^۸ (۲۰۰۸) معتقدند درمان راه‌حل محور الگوی مناسبی برای خانواده‌هایی است که درگیر خودکشی هستند.

می‌توان گفت که هیچ‌گونه راهبرد مبتنی بر تجربه‌ای که رفتار خودکشی‌گرایانه را مستقیماً و اختصاصاً آماج خود قرار دهد، در دسترس درمانگران نبوده است (رود، جونیر و رجب^۹، ۲۰۰۱؛ ترجمه فروغان، ۱۳۸۶). بسیاری از برنامه‌های پیشگیری از خودکشی که در ابتدا به عنوان برنامه‌های موفق گزارش شده‌اند، در بلندمدت اثرات خود را از دست داده‌اند (ایساک^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۹). توجه به وجود تناقض در یافته‌هایی که در بالا عنوان شد، سوال اصلی این پژوهش این است که آیا درمان شناختی رفتاری خانواده - محور و درمان راه‌حل محور بر

1. Solution-focused brief therapy
2. Solution-focused therapy
3. Watzlawick, Weakland, & Fisch
4. Henden
5. Steve de Shazer
6. Non-pathological
7. Berg
8. Castro & Guterman
9. Rudd, Rajab, & Joiner
10. Isaac

کاهش افکار خودکشی‌گرایانه و علائم افسردگی و افزایش پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی افراد اقدام‌کننده به خودکشی اثربخش است؟

فرضیه‌های پژوهش

۱. درمان شناختی رفتاری خانواده- محور باعث کاهش افکار خودکشی‌گرایانه اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.
۲. درمان راه‌حل- محور باعث کاهش افکار خودکشی‌گرایانه اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.
۳. درمان شناختی رفتاری خانواده- محور باعث کاهش علائم افسردگی اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.
۴. درمان راه‌حل محور باعث کاهش علائم افسردگی اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.
۵. درمان شناختی رفتاری خانواده- محور باعث افزایش پیوستگی خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.
۶. درمان راه‌حل- محور باعث افزایش پیوستگی خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.
۷. درمان شناختی رفتاری خانواده- محور باعث افزایش انطباق‌پذیری خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.
۸. درمان راه‌حل- محور باعث افزایش انطباق‌پذیری خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌شود.

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی^۱ (SCED) که آزمایش تک آزمودنی^۲ هم گفته می‌شود (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۶؛ ترجمه نصر، عریضی، ابوالقاسمی، باقری، علامت ساز و همکاران، ۱۳۸۶) و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. این طرح انواع مختلفی دارد (AB، ABAB، خط پایه چندگانه^۳ و طرح‌های تغییر ملاک^۴ (ریزوی و ناک،^۵ ۲۰۰۸) که در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه استفاده می‌شود. به طور کل می‌توان گفت که برای پیشگیری و درمان خودکشی، طرح‌های آزمایشی تک موردی نسبت به طرح‌های دیگر مناسب‌تر هستند (ریزوی و ناک، ۲۰۰۸).

جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد اقدام کننده به خودکشی که از اول مردادماه سال ۱۳۹۳ در بخش مسمومیت بیمارستان رازی شهر اهواز بستری شده‌اند. نمونه پژوهش، شش نفر از این افراد بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود افراد عبارت بود از: ۱- افرادی که در یک ماه اخیر حداقل یک بار اقدام به خودکشی کرده‌اند، ۲- بر اساس ملاک‌های DSM-VI و پرسشنامه افسردگی بک تشخیص افسردگی داده شوند، ۳- پسرانی که در فاصله سنی ۱۴ تا ۲۱ سال قرار می‌گیرند، ۴- مجرد باشند، ۵- با خانواده خود زندگی کنند. ملاک‌های حذف افراد عبارت بود از: ۱- اختلال شخصیت، ۲- سایر اختلالات بالینی محورا، ۳- اختلال سایکوتیک، ۴- سابقه سوء مصرف یا وابستگی به مواد.

در حال حاضر جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)، آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳^۶، مصاحبه پذیرشی

1. Single-case experimental design
2. Single subject experiment
3. Multiple baseline
4. Changing Criterion Designs
5. Rizvi & Nock
6. Structured Clinical Interview for DSM Disorders
7. Million Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMi-III)

با بیماران در معرض خودکشی^۱ (سامرز- فلنگن^۲ و سامرز- فلنگن، ۱۹۹۵؛ ترجمه آوادیس یانس، گاهان، عرب قهستانی و براتی سده، ۱۳۸۹) و مصاحبه تشخیصی روان‌شناس بالینی استفاده می‌شود.

بعد از مصاحبه‌ی تشخیصی و مشخص کردن افرادی که ملاک‌های ورود را داشتند، افراد به صورت تصادفی در یکی از دو گروه شناختی رفتاری خانواده- محور و درمان راه‌حل- محور قرار گرفتند. برای اجرای روش درمانی ابتدا نفرات اول در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه تمام ابزارهای پژوهش بر روی نفرات اول اجرا شد. سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه هفتگی برای گروه شناختی رفتاری خانواده محور و ۶ جلسه برای گروه راه- حل محور اجرا خواهد شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه دوم نفرات اول، نفرات دوم هر دو گروه وارد درمان خواهند شد و به همین ترتیب در جلسه سوم نفرات اول و جلسه دوم نفرات دوم، طرح درمان برای نفرات سوم درمان شناختی رفتاری خانواده محور اجرا شد. تمامی پرسشنامه‌ها در جلسات ۱، ۴، ۷، ۱۰ و ۱۲ درمان شناختی رفتاری خانواده محور و پایان هر جلسه درمان راه حل محور تکمیل شد. به منظور پیگیری نیز افراد دو ماه پس از درمان مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند.

درمان شناختی رفتاری خانواده- محور مداخله‌ای است که بر اساس راهنمای درمانی تیم پژوهشی TASA (برنت^۳ و همکاران، ۲۰۰۹) و ولز و هیلپورن (۲۰۱۲) بر روی افراد اقدام کننده به خودکشی انجام شده است. این درمان یک درمان عمیق است که شامل درمان فردی و مداخلات هماهنگ با خانواده در یک دوره ۶ ماهه و در حدود ۱۶-۱۲ جلسه است. درمان راه حل محور نیز مداخله‌ای است که بر اساس راهنمای درمان پیشگیری از خودکشی (هندن، ۲۰۰۸) برای درمان افراد اقدام کننده به خودکشی ارائه شده است.

1. Intake interviewing with suicidal patients
2. Sommers-Flanagan
3. Brent

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک^۱ (بک، ۱۹۷۲؛ به نقل از رجیبی، ۱۳۸۴) برای تسهیل اجرای سریع در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی تدوین شده است. این فرم ۱۳ ماده دارد که با نشانه‌های خاص افسردگی مرتبط است. تدوین فرم کوتاه بر اساس مطالعه اصلی بود (بک، وارد مندلسون، موک، ارباک^۲، ۱۹۶۱؛ به نقل از رجیبی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه شامل ۱۳ ماده خودگزارشی که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه آن از صفر تا ۳ مرتب شده است و دامنه نمره آن بین ۳۹ و صفر می‌باشد. BDI-13 برای اندازه‌گیری در زمینه‌های مختلف نشانه‌شناسی افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی تدوین شده است (منصور، ۱۳۶۸، به نقل از رجیبی، ۱۳۸۴). سکوجین، باتلر، کوربیشلی و هامبلین^۳ (۱۹۸۸، به نقل از رجیبی، ۱۳۸۴) در پژوهشی با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه بک پایایی همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین، رجیبی (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی تنصیف فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک بعد از اعمال فرمول تصحیح شده اسپیرمن- براون برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای عامل عاطفه منفی نسبت به خود ۰/۸۲ و برای عامل بی‌لذتی ۰/۷۶ به دست آورد. بک، ویسمن، لستر و ترکسلر^۴ (۱۹۷۴، به نقل از رجیبی، ۱۳۸۴) از طریق همبسته کردن نمره‌های پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک و درجه‌بندی‌های متخصص بالینی برای یک نمونه افسرده بستری و بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی، به ترتیب ضریب اعتبار^۵ ۰/۵۵ و ۰/۶۷ را گزارش دادند. حجت، شاپوریان و مهریار (۱۹۸۶، به نقل از رجیبی، ۱۳۸۴) به همبستگی‌های مثبت معنادار بین پرسشنامه افسردگی بک و شاخص‌های اضطراب، تنهایی و مکان کنترل بیرونی دست یافتند.

1. Beck Depression Inventory
2. Ward, Mendelson, Mook, & Earbak
3. Scogin, Beutler, Corbishley, & Hamblin
4. Beck, Weissman, Lester, & Trexler
5. validity

۲) مقیاس افکار خودکشی گرایانه ۱ (SIS): این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که توسط رود^۲ (۱۹۸۹؛ به نقل از یاموکوزکی^۳، ۲۰۰۶) برای اندازه‌گیری شدت افکار خودکشی-گرایی فرد در چند هفته اخیر تدوین شده است. این پرسشنامه ۱۰ ماده دارد که آزمودنی‌ها از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه یا اکثر اوقات) آن‌ها را درجه‌بندی می‌دهند و نمرات این مقیاس در دامنه ۱۰ تا ۴۰ قرار می‌گیرند. ماده‌های این پرسشنامه روی طیف یک پیوستار قرار می‌گیرند که از یک طرف انتهایی، افکار ناآشکار خودکشی‌گرایی و از طرف انتهایی دیگر، اقدام آشکار به خودکشی را نشان می‌دهند. دو ماده این مقیاس (۲ و ۴) اقدام به خودکشی را نشان می‌دهند. رود (۱۹۸۹) این مقیاس را روی ۲۱۵ نفر از دانشجویان اجرا کرد و نشان داد که ثبات درونی بالایی (آلفای کرونباخ ۰/۹۰) دارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که روایی ملاکی این مقیاس با استفاده از مقیاس‌های افسردگی و ناامیدی همبستگی معناداری داشته است و نمرات کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند نسبت به دیگر افراد بالاتر بوده است. همچنین در پژوهش دیگری (رود، ۱۹۸۹) آلفای کرونباخ ثبات درونی این مقیاس در ۷۳۷ نفر دانشجوی ۰/۸۶ بوده است (یاموکوزکی، ۲۰۰۶).

۳) مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2): مقیاس ارزیابی انطباق-پذیری و پیوستگی خانواده^۴ (FACES-2) توسط السون، بل و پرتنر^۵ (۱۹۹۲)؛ به نقل از خجسته-مهر، عباس‌پور و رجبی، (۱۳۸۷) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ ماده دارد که ۱۴ ماده آن انطباق‌پذیری و ۱۶ ماده آن پیوستگی را می‌سنجد. بعد پیوستگی از ۸ مفهوم ساخته شده است که عبارتند از: پیوندهای عاطفی، مرزهای خانواده، ائتلاف‌ها، فاصله، زمان، دوستان، تصمیم‌گیری، علایق و تفریح. بعد انطباق‌پذیری نیز شامل ۶ مفهوم قاطعیت، رهبری، انضباط، گفتگو،

1. The Suicidal Ideation Scale
2. Rudd
3. Yamokoski
4. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale
5. Olson, Bell, & Portner

نقش‌ها و قواعد است. نمره‌های بدست آمده در ابعاد انطباق‌پذیری و پیوستگی برای نشان دادن خانواده‌های متعادل و نامتعادل در مدل حلقوی پیچیده به کار می‌رود. نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت است و پاسخ‌ها از ۱ (تقریباً هیچ وقت)، ۲ (بندرت)، ۳ (گاهی اوقات)، ۴ (اغلب اوقات) و ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره در خرده‌مقیاس پیوستگی ۱۶ و ۸۰، انطباق‌پذیری ۱۴ و ۷۰ و در کل مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده ۳۰ و ۱۵۰ است. نمرات بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که خانواده دارای عملکرد مطلوبی است.

السون (۲۰۰۰؛ به نقل از خجسته‌مهر و همکاران، ۱۳۸۷) ضریب پایایی مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2) را به روش آلفای کرونباخ برای پیوستگی، انطباق‌پذیری و برای کل مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2) به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۸ و ۰/۹۰ به دست آورد. همچنین السون (۲۰۰۰؛ به نقل از خجسته‌مهر و همکاران، ۱۳۸۷) پایایی این مقیاس را به روش آزمون مجدد و به فاصله ۵ هفته برای پیوستگی ۰/۸۳ و برای انطباق‌پذیری ۰/۹۰ به دست آورد. در پژوهش خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ برای پیوستگی، ۰/۹۱ و برای انطباق‌پذیری، ۰/۹۰ و برای کل مقیاس (FACES-2)، ۰/۹۵ بدست آمد.

روش تحلیل

در این پژوهش از معناداری بالینی استفاده شده است. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌گردد. دو رویکرد عمده و پر کاربرد در معنی‌داری بالینی عبارتند از رویکرد شاخص تغییر پایا^۱ و رویکرد مقایسه هنجارین^۲. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده به عمل آمده است.

1. Reliable change index
2. Normative comparisons

برای سنجش عملیاتی کارایی بر اساس ملاک بهبود تشخیصی از مصاحبه ساختاریافته توسط یک روانشناس بالینی پس از پایان درمان و هم چنین از پرسش‌نامه‌ها استفاده می‌شود تا بهبود تشخیصی سنجیده شود. برای سنجش عملیاتی میزان کارایی بالینی نتایج پژوهش حاضر از ملاک‌های اینگرام، هایز و اسکات^۱ (۲۰۰۰؛ به نقل از ایمانی، رجبی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲) استفاده شد که عبارتند از: ۱- اندازه تغییر^۲ (چه قدر کاهش در هدف‌های اصلی درمان رخ داده است؟)، ۲- کلیت تغییر^۳ (چند درصد از افراد تغییر کرده اند و چند درصد تغییر نکرده اند؟)، ۳- عمومیت تغییر^۴ (در سایر حوزه‌های زندگی چه قدر تغییر رخ داده است؟)، ۴- میزان پذیرش^۵ (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)، ۵- ایمنی^۶ (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است؟) و ۶- ثبات^۷ (دستاوردهای درمان چه قدر دوام داشته‌اند؟)

یافته‌ها

جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران اقدام‌کننده به خودکشی را نشان می‌دهد.

1. Ingram, Hayes, & Scott
2. Magnitude of change
3. Universality of change
4. Generality of change
5. Acceptability
6. Safety
7. Stability

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران اقدام‌کننده به خودکشی

نوع درمان	سابقه روان‌درمانی	مصرف دارو در جریان درمان	سابقه مصرف داروهای روانپزشکی	سابقه اقدام به خودکشی	تحصیلات	سن	آزمودنی
شناختی رفتاری خانواده محور	نداشته است	تا پایان درمان	نداشته است	دومرتبه	دیپلم	۱۹	اول
شناختی رفتاری خانواده محور	مشاوره تحصیلی	فقط در دوره بستری	نداشته است	یک مرتبه	محصل	۱۷	دوم
شناختی رفتاری خانواده محور	داشته است	تا پایان جلسه هشتم	نداشته است	یک مرتبه	دیپلم	۱۹	سوم
درمان راه حل محور	مشاوره ازدواج	فقط در دوره بستری	نداشته است	یک مرتبه	دیپلم	۱۹	چهارم
درمان راه حل محور	نداشته است	فقط در دوره بستری	نداشته است	یک مرتبه	سیکل	۱۸	پنجم
درمان راه حل محور	نداشته است	نداشته است	نداشته است	یک مرتبه	دیپلم	۱۸	ششم

جدول ۲ و ۳ به ترتیب آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها را در درمان شناختی رفتاری خانواده- محور و درمان راه‌حل‌محور در پرسشنامه‌های افکار خودکشی‌گرایی، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی نشان می‌دهد.

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان آزمودنی های گروه درمان شناختی رفتاری خانواده-محور در پرسشنامه های افکار خودکشی گرای، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی

آزمودنی	متغیر	خط پایه ۱	خط پایه ۲	خط پایه ۳	خط پایه ۴	جلسه ۱	جلسه ۴	جلسه ۷	جلسه ۱۰	جلسه ۱۲	پیگیری ۱	پیگیری ۲	پیگیری ۳	میزان بهبودی	شاخص تغییر پایا
اول	SIS	۳۵	۲۷	-	-	۱۹	۳۶	۱۸	۱۵	۱۸	۲۰	۲۲	-	۳۱/۶۱	۱/۷۸
	BDI	۳۷	۲۸	-	-	۲۷	۳۵	۲۷	۲۹	۲۷	۲۳	۲۶	-	۱۰/۷۶	۰/۳۳
	COH	۲۲	۴۲	-	-	۲۷	۳۸	۳۱	۲۹	۳۰	۲۶	۲۸	-	۱۳/۸۸	۰/۶۷
	ADAP	۲۷	۳۹	-	-	۴۰	۴۰	۳۵	۳۵	۲۹	۲۵	۳۰	-	۸/۴۸	۰/۵۷
دوم	SIS	۳۷	۳۵	۳۵	-	۲۱	۱۳	۱۳	۱۵	۱۱	۱۰	۱۲	۱۰	۵۹/۰۵	۳/۸۳
	BDI	۳۳	۲۸	۳۲	-	۲۵	۱۸	۲۰	۱۶	۲۰	۱۸	۱۵	۱۹	۳۶/۱۲	۲/۴۸
	COH	۳۷	۳۵	۳۹	-	۵۰	۴۷	۵۵	۵۳	۵۵	۴۵	۴۷	۴۳	۴۰/۵۴	۲/۰۲
	ADAP	۳۰	۳۰	۳۱	-	۳۷	۳۵	۴۰	۳۷	۳۵	۳۳	۳۱	۳۲	۱۰/۴۱	۰/۷۰
سوم	SIS	۳۲	۳۰	۲۶	۲۰	۱۴	۱۹	۱۶	۱۳	۱۰	۱۳	۱۱	۱۲	۴۶/۶۶	۲/۲۹
	BDI	۳۵	۲۸	۲۸	۳۶	۲۴	۱۹	۱۹	۱۷	۱۹	۱۵	۱۶	۱۷	۳۳/۶۷	۲/۱۳
	COH	۳۱	۳۴	۳۶	۳۶	۵۵	۴۷	۵۱	۴۸	۴۵	۳۶	۳۸	۳۹	۳۱/۳۸	۲/۰۱
	ADAP	۳۶	۳۷	۳۸	۴۱	۳۵	۳۲	۳۰	۳۰	۴۲	۳۵	۳۴	۳۸	۵/۷۸	۰/۴۴

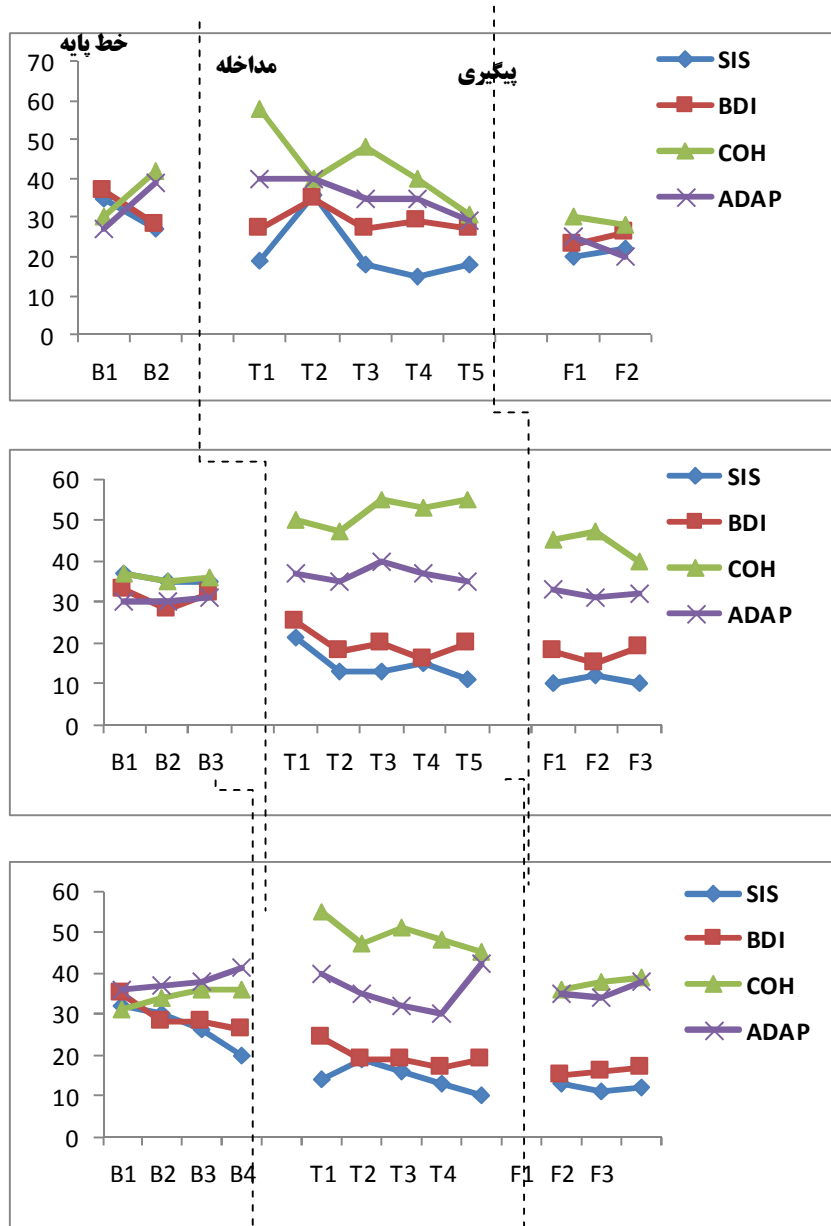
افکار خودکشی گرای (SIS)، علائم افسردگی (BDI)، پیوستگی خانوادگی (COH) و انطباق پذیری (ADAP)

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان آزمودنی های گروهراه حل-محور در پرسشنامه های افکار خودکشی- گرای، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی

شخص تغییر پیدا	میزان بهبودی	پیشروی ۳	پیشروی ۲	پیشروی ۱	جلسه ۵	جلسه ۴	جلسه ۳	جلسه ۲	جلسه ۱	خط پایه ۴	خط پایه ۳	خط پایه ۲	خط پایه ۱	متغیر	آزمودنی
	۲/۲۴	۳۷/۸۴	۲۶	۱۶	۲۱	۲۰	۱۴	۱۶	۲۶	۲۵	-	-	۲۵	۴۰	SIS
	۱/۰۸	۱۵/۵۵	۲۸	۲۹	۲۷	۲۲	۲۸	۲۶	۳۲	۲۵	-	-	۲۸	۳۵	BDI
	۰/۵۱	۷/۴۵	۵۱	۵۰	۴۹	۵۸	۴۹	۵۸	۵۶	۵۳	-	-	۵۲	۵۰	COH
	۱/۳۰	۱۸/۲۸	۴۶	۴۵	۲۹	۴۱	۲۹	۴۵	۴۷	۴۵	-	-	۴۰	۳۰	ADAP
	۲/۹۰	۵۶/۲۳	۱۳	۱۱	۱۵	۱۴	۱۰	۱۱	۱۰	۱۷	-	۲۲	۲۵	۳۸	SIS
	۱/۴۳	۱۸/۶۳	۲۵	۲۹	۳۰	۲۴	۳۱	۲۵	۳۳	۲۸	-	۲۹	۲۸	۳۷	BDI
	۰/۱۵	۲/۴۹	۴۱	۴۸	۳۹	۵۱	۴۵	۴۰	۴۱	۵۷	-	۵۰	۴۸	۳۹	COH
	۰/۰۴	۰/۵	۳۷	۴۱	۳۱	۳۹	۴۰	۳۲	۳۷	۵۱	-	۴۷	۴۴	۲۹	ADAP
	۳/۶۸	۶۲/۰۱	۱۰	۸	۹	-	۱۱	۱۲	۱۱	۱۵	۲۹	۳۰	۳۰	۴۰	SIS
	۱/۹۹	۲۹/۰۳	۲۰	۱۸	۱۹	-	۲۰	۲۱	۲۰	۲۷	۳۰	۳۰	۲۹	۳۵	BDI
	۱/۵۸	۳۱/۵۴	۴۸	۵۵	۴۸	-	۴۹	۵۷	۴۱	۴۹	۳۸	۳۷	۳۹	۳۵	COH
	۱/۳۲	۱۵/۸۵	۴۷	۴۵	۳۶	-	۵۶	۴۵	۴۱	۴۸	۴۲	۴۳	۴۲	۳۷	ADAP

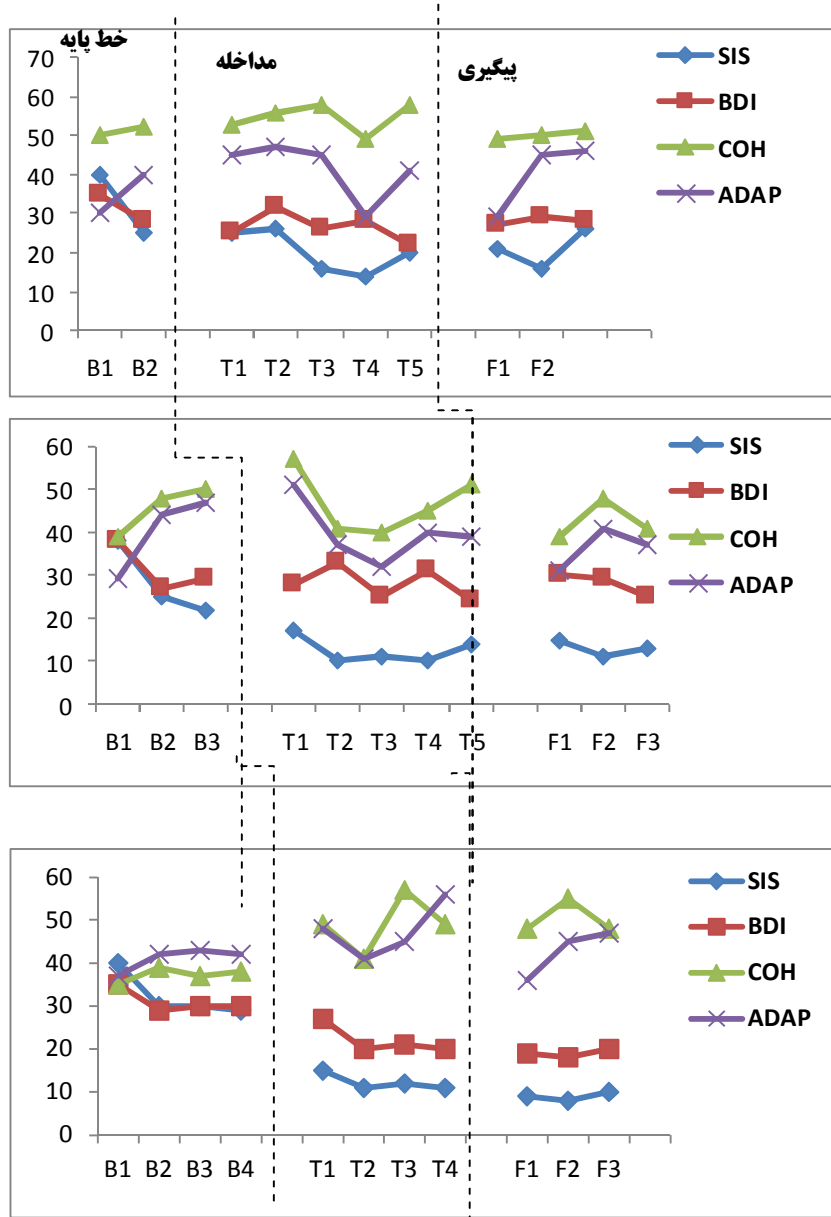
افکار خودکشی گرای (SIS)، علائم افسردگی (BDI)، پیوستگی خانوادگی (COH) و انطباق پذیری (ADAP).

نمودار شماره ۱ روند تغییر نمره های مقیاس افکار خودکشی گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق پذیری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شناختی رفتاری خانواده-محور را نشان می دهد.



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های مقیاس افکار خودکشی گرابانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شناختی رفتاری خانواده-محور

نمودار شماره ۲ روند تغییر نمره‌های مقیاس افکار خودکشی گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان راه حل - محور را نشان می‌دهد.



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های مقیاس افکار خودکشی گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان راه‌حل-محور

همان طور که جدول شماره ۱ و ۲ نشان می‌دهد نمرات افکار خودکشی‌گرایانه در هر دو درمان کاهش معناداری داشت. بیماران دوم و سوم درمان شناختی رفتاری خانواده-محور درصد بهبودی معنادار قابل توجهی (۴۵/۷۷) داشتند. در درمان راه حل‌محور نیز هر سه بیمار (فیشر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم بیمار چهارم (۴ نقطه از ۵ نقطه)، تغییرات این بیمار معنادار نیست. بنابراین میزان کارآیی دو روش درمانی تقریباً برابر بوده است و در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن^۲، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷) درمان شناختی رفتاری خانواده-محور در کاهش افکار خودکشی‌گرایی در طبقه بهبودی اندک و درمان راه حل‌محور در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرد.

همچنین نتایج نشان داد که بیمار دوم و سوم درمان شناختی رفتاری خانواده-محور و بیمار ششم در درمان راه حل‌محور در کاهش علائم افسردگی بهبود یافته‌اند که البته درصد بهبودی درمان شناختی رفتاری خانواده-محور (۲۶/۸۵) در مقایسه با درصد بهبودی درمان راه حل‌محور (۲۱/۰۷) از نظر بالینی معنادار است. بنابراین می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری خانواده-محور موفقیت بیشتری نسبت به درمان راه حل‌محور داشته است. این تغییرات در مورد پیوستگی خانوادگی نیز مشابه است. یعنی بیمار دوم و سوم درمان شناختی رفتاری خانواده-محور درصد بهبودی (۲۸/۶) معناداری داشتند که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷) در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد، در حالی که در رویکرد راه حل‌محور فقط بیمار ششم تغییرات قابل توجهی داشت که البته از لحاظ بالینی معنادار نبود و در طبقه شکست درمانی طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷) قرار می‌گیرد.

1. Fisher
2. Poppen

همچنین این نتایج نشان داد که هیچ کدام از این دو روش درمانی بر انطباق‌پذیری نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی اثربخشی معناداری نداشته‌اند. البته بیمار دوم درمان شناختی رفتاری خانواده-محور تغییرات نسبتاً خوبی را نشان داد که از نظر بالینی معنادار نبود.

نتیجه‌گیری

اینگرام و همکاران (۲۰۰۰؛ به نقل از ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲) در بررسی کارایی درمان‌های روانشناختی، به شش متغیر اشاره کرده‌اند و معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس شش متغیر زیر بررسی کرد. بدین منظور جهت بررسی نتایج درمان، این شش متغیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

۱- اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟)

تیین یافته‌های مربوط به افکار خودکشی‌گرایی: نتایج نشان داد که این فرضیه اول و دوم پژوهش تایید شده‌اند. به عبارت دیگر هم درمان شناختی رفتاری خانواده-محور و هم درمان راه‌حل-محور باعث کاهش معنادار افکار خودکشی‌گرایی شده‌اند. هر سه بیمار (بیمار اول و دوم و سوم) در درمان شناختی رفتاری خانواده-محور تا حدودی کاهش افکار خودکشی‌گرایی را نشان دادند. به طور کل میزان بهبودی هر سه بیمار ۴۵/۷۷ درصد و این میزان بهبودی در پایان مرحله پیگیری در درمان بیش از ۱۲ درصد بیشتر از دوره درمان افزایش یافته است. اگر چه بیمار اول تغییرات معناداری را نشان نداد، اما این بیمار نیز نسبت به خط پایه ۳۱/۶۱ درصد بهبودی نشان داد که این بهبودی در دوره پیگیری، علاوه بر این که پایین نیامد، کمی هم بیشتر شد. هر سه بیمار (بیمار چهارم، پنجم و ششم) در درمان راه‌حل-محور نیز تا حدودی کاهش افکار خودکشی‌گرایی را نشان دادند. به طور کل میزان بهبودی هر سه بیمار ۵۲/۰۲ درصد و این میزان بهبودی در پایان مرحله پیگیری در درمان بیش از ۲ درصد بیشتر از دوره درمان افزایش یافته است. اگر چه بیمار چهارم تغییرات معناداری را نشان نداد، اما این بیمار نیز نسبت

به خط پایه ۳۷/۸۴ درصد بهبودی نشان داد که این بهبودی در دوره پیگیری حدود ۲ درصد کاهش پیدا کرد.

نوجوانی دوره‌ای پر استرس و پر فشار است. مسائل مربوط به بلوغ، استقلال، مسائل تحصیلی، ارتباطات عاطفی با جنس مقابل، ارتباط با همسالان، رسانه‌ها و بسیاری از عوامل دیگر باعث سردرگمی و استرس در نوجوان می‌شود. ممکن است نوجوان در مواجهه با استرس، خطاهای شناختی و نگاه منفی به خود و آینده در نوجوان شکل گیرد. در پژوهش برنت، کولکو، آلن و برون^۱ (۱۹۹۰) گزارش شد که فاجعه‌سازی، شخصی‌سازی، تفکر انتزاعی، تعمیم مفرط، و کل خطاهای شناختی در کسانی که اختلال خلقی داشتند و خودکشی گرا بودند نسبت به کسانی که اختلال خلقی داشتند ولی خودکشی گرا نبودند، به طور معناداری بیشتر بود. نوجوانانی که خودکشی گرا بوده‌اند در مقایسه با کسانی که خودکشی گرا نبوده‌اند، در ایجاد راه‌حل و کاربرد آن مشکلات بیشتری را گزارش کرده‌اند. در واقع افراد خودکشی گرا بیشتر تمایل دارند که مشکلات را غیر قابل حل ببینند (اورباخ، میکولینسر، بلامنسن، مستر و استین^۲، ۱۹۹۹).

اشکال در فرایند شناختی و حل مساله که از نشانه‌های نوجوانان افسرده است، می‌تواند باعث عواطف منفی مثل خشم و بدتر شدن وضعیت خلقی فعلی شود. نوجوانان خودکشی گرا در مقایسه با گروه دیگر در تنظیم حالات درونی و استفاده از مهارت‌های تنظیم عاطفه مشکلات بیشتری را گزارش می‌دهند. ممکن است نوجوانان در پاسخ به فرایند شناختی تحریف شده، کمبود راه‌حل‌های سازگارانه و هیجانانگیز برانگیخته شده در مواجهه با محرک تنش‌زا، رفتارهای ناسازگارانه‌ای را به عنوان وسیله‌ای برای مقابله با این محرک‌ها به کار بگیرند و ممکن است از رفتارها و سبک‌های ارتباطی منفعلانه و یا پرخاشگرانه برای نشان دادن این محرک‌ها استفاده کنند که در نتیجه باعث تعارض با همسالان و اعضای خانواده می‌شود.

1. Brent, Kolko, Allan, & Brown
2. Orbach, Mikulincer, Blumenson, Mester, & Stein

استفاده از مواد و الکل و رفتارهای آسیب به خود مانند بریدن بدن از روش‌هایی برای کاهش این عواطف منفی است. ممکن است رفتارهای نابهنجار این نوجوان الگویی برای اعضای خانواده، همسالان و یا سایر افراد مهم در زندگی او شود (اسپریتو، اسپوزیتو-اسمیتز، وولف و اول،^۱ ۲۰۱۱).

نتایج تحقیق نشان داد که درمان شناختی رفتاری خانواده-محور باعث کاهش افکار خودکشی‌گرایی افراد اقدام‌کننده به خودکشی می‌شود. این یافته با یافته‌های استنلی^۲ و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. درمان شناختی رفتاری از موثرترین روش‌های درمانی برای کار با این افکار و تحریفات شناختی بوده است. ترکیب رفتار درمانی با درمان شناختی به عنوان یک کوشش با ارزشی که نتایج خوبی در درمان به دنبال داشته است، مدت زمان زیادی است که مورد استفاده قرار می‌گیرد (کامپتون، مارچ، برنت، آلبانو، ویرزینگ و کوری،^۳ ۲۰۰۴؛ کلومک و موفسون،^۴ ۲۰۰۶؛ مایکنام،^۵ ۱۹۷۷؛ به نقل از جوریچ،^۶ ۲۰۰۸). دیدگاه رفتاری شناختی به نوجوان نشان می‌دهد که افکار همیشه با احساسات و رفتار در ارتباط هستند. در نتیجه هر وقت نوجوان به هر شکل به سمت خودکشی پیش می‌رود، افکار یا اندیشه‌های خودکشی را تجربه خواهد کرد. نوجوان ارتباط بین افکار و احساسات خود را یاد می‌گیرد و بنابراین به طور بهتری می‌تواند این افکار را بشناسد و کنترل کند. بازسازی شناختی در طول درمان به بیمار کمک می‌کند تحریفات شناختی خود را بشناسد و این شناسایی به نوعی به او کمک می‌کند تا مسیر منتهی شدن به اقدام به خودکشی را پیش‌بینی و کنترل کند.

پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که ممکن است خانواده مهمترین عامل در مواجهه فرد با افکار یا عمل خودکشی است. مدل‌های نظری که بر الگوهای تعاملی خانواده سالم تمرکز

1. Spirito, Esposito-Smythers, Wolff, & Uhl
2. Stanley
3. Compton, March, Brent, Albano, Weersing & Curry
4. Klomek & Mufson
5. Meichenbaum
6. Jurich

دارند، تلاش می‌کنند تا فرایندهای خانواده سالم را تشریح کنند. وقتی که این فرایندها ایجاد شد، این مدل‌ها فرایندهای آسیب‌زای خانواده‌ها را بررسی می‌کنند و این الگو را به سبب شناسی خودکشی در نوجوانان مرتبط می‌کنند (اورباچ^۱، ۱۹۸۸؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸).

حضور والدین در جلسات درمانی باعث شد که والدین نسبت به ماهیت بلوغ و تغییرات خلقی این دوره آشنایی بیشتری پیدا کنند. والدین می‌توانستند مشکلات و نگرانی‌های خود را بیان کنند و بالاخره در برنامه طرح ایمنی مشارکت کنند. جلسات درمان به والدین کمک می‌کرد تا به فرزند خود نزدیک شوند و نوجوان کانال‌های ارتباطی بیشتری را برای اشتراک افکار و نگرانی‌های خود داشته باشد. بررسی الگوهای ارتباطی و شیوه‌های تعامل در خانواده، به والدین کمک کرد تا تصور معیوب خانواده و تعاملات خود را ببینند و اصلاح کنند.

نتایج نشان داد که بیمار اول تغییرات معناداری نداشته است. یکی از دلایل اقدام به خودکشی این فرد اختلافات زناشویی والدین بود. پدر و مادر کشمکش‌های بلندمدتی داشته‌اند. حضور والدین در درمان بسیار وقت گیر بود و مسائل آن‌ها یکی از موضوعات محل در درمان بود. این بیمار در میانه درمان تصمیم جدی برای اقدام به خودکشی داشت، به طوری که نقشه خودکشی را نیز آماده کرده بود. به این دلیل مراجع با موافقت والدین به مدت چهار روز در بیمارستان بستری شد. این موضوع تا پایان جلسات وجود داشت و حتی بعد از درمان نیز بیمار گزارش کرد که پدر و مادر مقدمات طلاق را فراهم کرده‌اند.

نتایج نشان داد درمان راه حل - محور بر افکار خودکشی‌گرایی بیماران اثربخش بوده است. این یافته با یافته‌های هندن (۲۰۰۸) و دونالدسون، اسپریتو، آریگان و آسپل^۲ (۱۹۹۷)؛ به نقل از اسپریتو و اوور هولسر^۳ (۲۰۰۳) همخوانی دارد. این رویکرد، رویکردی مشارکتی و بر اساس نقاط قوت و توانمندی‌های بیماران است. در این رویکرد بیمار در موقعیت ضعف قرار نمی‌گیرد و به جای بررسی جنبه‌های آسیب‌زا و مشکل‌دار مراجع، درمانگر به دنبال تشویق بیمار

1. Orbach
2. Donaldson, Spirito, Arrigan, & Aspel
3. Spirito & Overholser

به جستجوی راه‌حل‌ها است. هر گونه گام کوچک و جنبه مثبت بیمار تایید می‌شود تا بیمار کمتر به افکار خودکشی پردازد. از بیمار خواسته می‌شود تا به جنبه‌ها و زمان‌هایی در زندگی - اش توجه کند که این مشکل وجود ندارد. بنابراین به نظر می‌رشد این نگاه رو به جلو باعث امیدوار کردن مراجع به فردایی می‌شود که احتمالاً مشکلات کمتر هستند. بنابراین، این درمان توانسته تا حدودی افکار خودکشی‌گرایی بیمار را کمتر کند. بیمار چهارم تغییرات معناداری نداشته است. این بیمار در زمان درمان در حال گذراندن خدمت سربازی بودند. اگر چه نمرات افکار خودکشی‌گرایی این بیمار نسبت به خط پایه کمتر شد، اما از نظر بالینی معنادار نیست. زندگی در یک محیط جدید با شرایط سخت، می‌تواند یکی از دلایل عدم کاهش معنادار افکار خودکشی‌گرایی این بیمار بوده باشد.

تبیین یافته‌های مربوط به افسردگی: نتایج نشان داد که فرضیه سوم این پژوهش تایید شده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری خانواده - محور باعث کاهش معنادار علائم افسردگی شده است. هر سه بیمار در درمان شناختی رفتاری خانواده - محورا حدودی کاهش علائم افسردگی را نشان دادند. به طور کل میزان بهبودی هر سه بیمار ۲۶/۸۵ درصد و این میزان بهبودی در پایان مرحله پیگیری در درمان بیش از ۱۱ درصد بیشتر از دوره درمان افزایش یافته است. اگر چه بیمار اول تغییرات معناداری را نشان نداد، اما این بیمار نیز نسبت به خط پایه ۱۰/۷۶ درصد بهبودی نشان داد که این بهبودی در دوره پیگیری بیش از ۱۳ درصد بیشتر شده است.

این یافته با یافته‌های استنلی و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. درمان شناختی رفتاری برای درمان بسیاری از موارد افسردگی پیشنهاد شده است (کلین^۱، ۲۰۰۴؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). نوجوانان خودکشی‌گرا معمولاً نشخوار ذهنی دارند، به شدت تحریک پذیر هستند، نسبت به فردا و موقعیت‌های آینده ناامید و بدبین هستند، ارتباطات سالم و مداوم ندارند و معمولاً منزوی و گوشه گیر هستند. این نوجوانان اعتماد به نفس ندارند و تفکر معیوبی نسبت به

1. Klein

پدیده‌های اطراف دارند. در نوجوانان مطالعه شده این پژوهش معمولا کم خوابی، شب زنده داری، گوش دادن آهنگ‌های غمگین، گریه کردن و حبس بودن در اتاق بدون ارتباط با والدین دیده می‌شد.

درمان شناختی رفتاری خانواده محور به طور هدفمندی برای این نشانه‌ها طراحی شده است. درمان شناختی رفتاری به نوجوانان کمک می‌کند تا با سطوح مختلف افکار خود آشنا شوند. آشنایی با مدل CBT و تبیین رفتارهای نوجوان در این مدل به طور جدی انجام می‌شود. نوجوانان با تکالیف و تمرین‌های داده شده به ارتباط بین افکار خود و حالت‌های خلقی خود پی می‌برند. در جلسات درمان نوجوان با انواع تحریفات شناختی آشنا می‌شد و با استفاده از کاربرگ STR، نوجوان نگرش‌های خود در مورد خودش، دیگران، انتظارات از دیگران، توانمندی‌هایش، گذشته، و ... و ارتباط این افکار با رفتارهای مخرب روزمره را شناسایی می‌کرد. سرزنش خود، احساس شرم، خودکم‌بینی، احساس حقارت، احساس ناتوانی، احساس پوچی از معمول‌ترین جنبه‌های مورد بررسی در این نوع درمان بوده است. به نوجوان کمک می‌شد تا فعالیت‌های روزانه خود را براساس ساختار و جهت‌گیری انجام دهد و فعالیت‌های لذت‌بخش و سودمند روزمره بر اساس یک زمان‌بندی خاص داشته باشد.

حضور والدین در جلسات نیز در کاهش افسردگی کمک می‌کرد. از یک طرف والدین خودشان به دلیل خودکشی دچار افسردگی و اضطراب شده بودند و از طرف دیگر نوجوانان از لحاظ فکری پریشان بود. بنابراین آموزش مدل CBT هم به والدین کمک می‌کرد تا اضطراب خود را کنترل کنند و هم درک بهتری نسبت به شیوه تفکر فرزندشان به دست بیاورند. سرزنش نوجوانان، ایجاد احساس گناه در فرزند و مقایسه نوجوان با افراد دیگر از جمله رفتارهای مخرب والدین بود که در این نمونه پژوهشی بسیار گزارش می‌شد. والدین با شناخت این رفتارها مخرب، الگوهای تعاملی کارآمدتری را در پیش گرفتند. یکی از موضوعات مهم در جریان درمان، برداشت نوجوان و والدین از مشکلات و شیوه‌های مواجهه خانواده با مسائل و مشکلات بود. نوجوانی که در مقابل تعارضات والدین، اقدام به خودکشی می‌کند، نشانه عدم

توانایی خانواده و نوجوان برای حل مساله است. در جلسات درمان، یکی از محورهایی که در بیشتر جلسات کم و بیش به آن پرداخته می‌شد، حل مساله بود که با استفاده از فنون مختلف به نوجوان و والدین آموزش داده می‌شد. بنابراین، این تغییرات در طول درمان باعث کاهش علائم افسردگی و بهبود نسبی در این گروه درمانی شد.

همچنین نتایج نشان داد که هر سه بیمار در درمان راه حل-محور تا حدودی کاهش علائم افسردگی را نشان دادند که از لحاظ بالینی معنادار نبوده است. به طور کل میزان بهبودی هر سه بیمار ۲۱/۰۷ درصد و این میزان بهبودی در پایان مرحله پیگیری در درمان بیش از ۱ درصد بیشتر از دوره درمان افزایش یافته است. اما نتایج نشان داد که بیمار چهارم تغییرات معناداری را نشان داده است و میزان بهبودی پس از درمان ۲۹/۰۳ درصد و در مرحله پیگیری بیش از ۹ درصد نسبت به مرحله درمان بهبودی بیشتری را نشان داده است.

این یافته با یافته‌های استرادا و بیباچ^۱ (۲۰۰۷) مغایرت دارد که در پژوهش خود با استفاده از روش تک موردی چندگانه، رویکرد راه حل محور را برای درمان سه افسرده حاد به کار گرفتند و نشان دادند که نمرات افسردگی آن‌ها به طور معناداری بهبود پیدا کرد و به پایین‌تر از خط برش دامنه بالینی رسید. همچنین لی، گرین، منتزر، پینل و نیلز (۲۰۰۱)؛ به نقل از استرادا و بیباچ، (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی در کاهش علائم افسردگی موثر است. اما لینسن^۲ (۲۰۰۳)؛ به نقل از استرادا و بیباچ، (۲۰۰۷) در پژوهش خود در یک پژوهش کنترل شده و تصادفی، درمان راه حل محور را با درمان شناختی رفتاری برای افراد افسرده به کار گرفتند. در این پژوهش، نتایج مثبت نبود و درمان راه حل محور اثربخش نبوده است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که به نظر می‌رسد علاوه بر این که از این سه نفر، یک نفر بهبود معناداری را نشان داده است، دو نفر دیگر نیز مقداری بهبود داشته‌اند. همچنین بیشتر تحقیقات انجام شده، این درمان را برای افراد بزرگسال به کار گرفته‌اند و برای نوجوانان کمتر

1. Estrada & Beyebach
2. Linssen

به کار گرفته شده است. شاید نوجوانان در این سن هنوز در مرحله‌ای هستند که به آموزش‌های مستقیم‌تری نیاز دارند و درمان‌هایی که رهنمودی هستند اثربخشی بیشتری داشته باشند. درمان راه حل محور بر مشکل و ریشه‌یابی آن تمرکز ندارد. هندن (۲۰۰۸) معتقد است صحبت‌عاری از مشکل روش مهمی برای بهره‌گیری از نقاط قوت، مهارت‌ها و منابع شخصی مراجع است، حتی قبل از این که جزئیات مشکل مراجع شنیده شوند. احتمالاً، این رویه صحبت‌عاری از مشکل، در رویکرد راه‌حل محور برای کاهش افسردگی نوجوانان اثربخشی معناداری نداشته باشد.

تیین یافته‌های مربوط به پیوستگی خانوادگی: نتایج نشان داد که فرضیه پنجم این پژوهش تایید شده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری خانواده-محور باعث افزایش معنادار پیوستگی خانوادگی شده است. هر سه بیمار در درمان شناختی رفتاری خانواده-محورتا حدودی افزایش پیوستگی خانوادگی را نشان دادند. به طور کل میزان بهبودی هر سه بیمار ۲۸/۶ درصد و این میزان بهبودی در پایان مرحله پیگیری بیش از ۱۲ درصد کاهش یافته است. اگر چه بیمار اول تغییرات معناداری را نشان نداد، اما این بیمار نیز نسبت به خط پایه ۱۳/۸۸ درصد بهبودی نشان داد که این بهبودی در دوره پیگیری بیش از ۱۱ درصد بیشتر شده است.

این یافته با یافته‌های استنلی و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. پژوهش‌های انجام شده که نشان می‌دهد نوجوانان خودکشی‌گرا از خانواده‌هایی هستند که یا جدا هستند و یا در تنیده و یا در خانواده‌هایی هستند که دائماً در دو طرف انتهای پیوستگی در نوسان هستند (ففر^۱، ۱۹۸۶؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). خانواده‌هایی که یک نوجوان خودکشی‌گرا داشته‌اند و به عنوان خانواده‌های جدا از هم توصیف شده‌اند، با فقدان گرمی، فقدان همدلی و فقدان بزرگسالان حمایت‌کننده در خانه مشخص می‌شوند. نوجوانان این خانواده‌های خود را به عنوان «مسکن» و نه خانه^۲ توصیف می‌کنند. برعکس، خانواده‌هایی که با نوجوان خود مشغول و درگیر بودند

1. Pfeffer
2. A house but not a home

و از فعالیت‌های روزانه او آگاه بودند، نوجوانانی داشتند که سازگاری بهتری داشتند (وایزن هوفر، یوچانان، جکسون و نیومن^۱، ۲۰۰۴؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). خانواده‌هایی که در آن نوجوانان خودکشی‌گرا وجود دارد و به عنوان خانواده‌های درهم تنیده توصیف می‌شوند، خانواده‌هایی بسیار کنترل‌کننده معرفی می‌شوند (کوردر و همکاران، ۱۹۷۴؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). این نوجوانان احساس می‌کنند والدین‌شان به شدت کنترل می‌کنند تا برای رشد فرزندشان از او مراقبت کنند، بنابراین آنها هنوز به والدین‌شان وابسته هستند.

به خاطر خصومت و نوع الگوهای تعاملی بر کارکرد خانواده، بسیاری از خانواده‌ها تلاش می‌کنند برای در امان ماندن از نگاه انتقادی افرادی که بیرون از سیستم خانواده هستند، مرزهای خانواده را ببندند (لیت^۲، ۱۹۸۶؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). غیر قابل نفوذ کردن مرزهای خانواده تا حدودی انتقاد بیرونی‌ها را کاهش می‌دهد. به هر حال، هرچه خانواده تلاش کند که هر گونه تماس با دنیای بیرون از خود را قطع کند باز هم اطلاعاتی به نوجوان می‌رسد که به او می‌گوید چیزی در این خانواده اشتباه است. این فقط ادراک نوجوان از افراط و تفرط‌گری خانواده‌اش را تشدید می‌کند. همچنین بستن مرزهای خانواده می‌تواند خانواده را در استفاده از منابع بیرونی محروم کند. در نتیجه نوجوان خانواده‌اش را خانوادگی کاملاً تنها و منزوی شده می‌بیند که هیچ امیدی برای تغییر الگوهای تعامل فعلی وجود ندارد. نوجوان خانواده‌اش را گیر کرده و در دنیایی از درد بدون درمان می‌بیند (آسارنو^۳، ۱۹۹۲؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). در چنین شرایطی ممکن است نوجوان خودکشی را تنها گزینه موجود برای فشار به خانواده جهت باز کردن مرزهای بسته‌اش ببیند.

در درمان شناختی رفتاری خانواده-محور، موقعیت به گونه‌ای تعریف شد که نوجوان و حتی والدین نیاز به حمایت دارند و نه سرزنش و متهم کردن. اعضای خانواده به خصوص والدین باید فضایی فراهم می‌کردند که نوجوان بتواند مشکلات و خواسته‌هایش را مطرح کند.

1. Waizenhofer, Buchanan, Jackson & Newman
2. Leigh
3. Asarnow

نزدیک نشدن اعضای خانواده و عدم صمیمیت یکی از مشکلات بیماران این پژوهش بود که به دلیل نبود این صمیمیت، کانالی برای ابراز مشکلات خود در خانواده نداشتند. در این درمان از فونونی مثل ایفای نقش استفاده می‌شد تا نوجوان و اعضای خانواده بتوانند مکنونات خود را در میان بگذارند. الگوی اجتناب و کناره‌گیری از الگوهای تعاملی مخرب در این خانواده‌ها بوده است. در خانواده‌های خودکشی‌گرا تقریباً کسی به کسی کاری ندارد و معمولاً نوجوان سرگرمی‌های خاص خود را دارد که مورد تایید والدین نیست. در جلسات درمانی تلاش بر این بود که نوجوان و والدین به نقاط مشترکی برسند. از مهمترین موضوعات درمانی، مساله تصمیم‌گیری بود. غالباً در این خانواده‌ها تصمیم‌گیری بیشتر یک مساله فردی است تا خانوادگی و در نتیجه در جلسات درمانی مورد توجه قرار گرفته شده است.

نکته قابل توجه کاهش میزان پیوستگی در مرحله پیگیری است. این موضوع از نظر نظری قابل تبیین است. پژوهش‌ها با استفاده از الگوی حلقوی^۱ تعامل خانواده نشان داده‌اند درجات متوسط پیوستگی خانواده در خانواده‌های سالم وجود دارد. درجات بالای پیوستگی با بسیاری از مشکلات رابطه دارد. در خانواده‌هایی که پیوستگی کمی وجود دارد، خانواده‌هایی هستند که جدا از یکدیگر هستند و نوجوانانی دارند که احساس می‌کنند با خانواده پیوندی ندارند. اما نوجوانانی که در خانواده‌های با پیوستگی بالا هستند، نوجوانان درهم تنیده هستند که در این خانواده احساس خفگی می‌کنند و احساس می‌کنند زندانی خانواده‌شان هستند. بنابراین این کاهش می‌تواند قابل انتظار و مثبت باشد.

همچنین نتایج نشان داد که فرضیه ششم این پژوهش تایید نشده است. به عبارت دیگر، درمان راه حل-محور باعث افزایش معنادار پیوستگی خانوادگی نشده است. هر سه بیمار در درمان شناختی رفتاری خانواده-محور تا حدودی افزایش پیوستگی خانوادگی را نشان دادند. به طور کل میزان بهبودی هر سه بیمار ۱۳/۸۲ درصد و این میزان بهبودی تا پایان مرحله پیگیری تقریباً ثابت مانده و تغییری نکرده است. اگر چه بیمار ششم تغییرات معناداری را در ترسیم

1. Circumplex model

دیداری نشان داد، اما تغییرات شاخص پایا در این بیمار نیز معنادار نبوده است. به نظر می‌رسد این یافته‌ها منطقی به نظر می‌رسد، زیرا هیچ‌گونه مداخله خانوادگی در این نوع درمان انجام نشده است و بهبودی حاصله، جزئی است و می‌تواند تصادفی باشد. اما در بیمار سوم روند بهبود قابل توجهی دیده می‌شود. می‌توان به این نکته اشاره کرد معمولا وقتی که افراد اقدام به خودکشی می‌کنند، پیوستگی خانوادگی تا مدتی بیشتر می‌شود، خانواده دور هم جمع می‌شوند، به بیمار توجه خاصی می‌شود و احساس دلسوزی و گناه بیشتری در اعضای خانواده دیده می‌شد. معمولا بعد از این اتفاق مثلا پدر خانواده مرخصی می‌گرفت، برای نوجوان چیزی خریداری می‌شد یا خواسته‌های او به طور کل برآورده می‌شد. بنابراین این تغییرات همان طور که دیده شد می‌تواند رو به کاهش رود.

تبیین یافته‌های مربوط به انطباق‌پذیری خانوادگی: نتایج نشان داد که فرضیه هفتم و هشتم این پژوهش تایید نشده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری خانواده - محور و درمان راه حل - محور باعث افزایش معنادار انطباق‌پذیری خانوادگی نشده است. بیمار اول و دوم در درمان شناختی رفتاری خانواده - محور تا حدودی افزایش پیوستگی خانوادگی را نشان دادند. به طور کل میزان بهبودی هر سه بیمار ۸/۲۲ درصد و این میزان بهبودی در پایان مرحله پیگیری تقریبا ثابت مانده است. تغییرات مشابه‌ای نیز در درمان راه حل محور دیده می‌شود. با این تفاوت که میزان بهبودی هر سه بیمار ۱۱/۵۴ درصد و این میزان بهبودی در پایان مرحله پیگیری ۲ درصد کاهش داشته است.

گاریسون، جکسون، ادی، مک‌کوین و والر^۱ (۱۹۹۱)؛ به نقل از اسپریتو و اوور هولسر، (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند که انطباق‌پذیری خانوادگی بر خلاف پیوستگی خانوادگی، با اقدام به خودکشی رابطه منفی داشت، اما پس از کنترل افسردگی، این رابطه معنادار نبود. میزان انطباق‌پذیری خانواده‌های نوجوانان خودکشی‌گرا یا خشک است و یا پرهرج و مرج. خانواده‌های پرهرج و مرج که یک نوجوان خودکشی‌گرا دارند، از هم پاشیده، پر مشکل و

1. Garrison, Jackson, Addy, McKeown, & Waller

دارای مهارت‌های مقابله‌ای کمی هستند (میلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). خانواده‌های خشک که نوجوان خودکشی‌گرا دارند، آنقدر قواعد و رسوم سردی دارند که توانایی سازگاری با تغییرات خانواده را ندارد. در هر صورت نیازهای رشدی همه اعضای خانواده بخصوص نوجوان بوسیله والدین یا سایر اعضای خانواده تشخیص داده نمی‌شود یا ارضا نمی‌شود. این موضوع باعث می‌شود نوجوان مهارت‌های بین فردی و اجتماعی ضعیف و مهارت‌های حل مسأله معیوبی را داشته باشد که غالباً با رفتار خودکشی‌گرایی رابطه دارد (اوکونور و شی‌هی^۲، ۲۰۰۱؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). اگر کرانه‌های انتهایی این دو بعد را با هم ترکیب کنیم می‌توانیم بینیم که چگونه کرانه‌های آسیب‌زای ویژگی‌های خانوادگی می‌تواند باعث شود نوجوان اقدام به خودکشی می‌کند. در خانواده‌ای که به صورت خشکی افراد از هم جدا هستند، نوجوان درد جدا افتاده شدن از خانواده‌اش را در یک سیستم خانوادگی انعطاف‌ناپذیر تجربه می‌کند و در نتیجه هم احتمال تغییر را محدود می‌کند و هم احتمال این که تغییراتی رخ خواهد داد که درد کمتر می‌شود (میلر و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از جوریچ، ۲۰۰۸). در این نوع خانواده‌ها خودکشی می‌تواند تنها راه باقی مانده باشد.

این خانواده‌ها معمولاً در ابراز وجود خود مشکل داشتند و نوجوان نمی‌توانست احساسات یا نظرات خود را به راحتی بیان کند. از مهمترین محورهای درمان، شناسایی قواعد و نقش‌های ناکارآمد در خانواده بود. به راحتی در این خانواده‌ها می‌توان نقش رییس، هیچ‌کاره، خدمتکار، بی‌خاصیت، و غیره را مشاهده کرد. در این خانواده‌ها مسئولیت‌ها تعریف نشده، نامشخص و ناعادلانه تقسیم شده‌اند. میزان پاسخگویی در این خانواده‌ها نامناسب بود و "به من ربطی نداره" یکی از الگوهای معمول در این خانواده بود. قواعد خشک و قدیمی در این خانواده‌ها دیده می‌شد. در بعضی از خانواده‌ها پدر و مادر همچنان قواعد دوران بچگی را برای نوجوان ۱۸ ساله خود اجرا می‌کردند. بی‌اهمیت بودن نسبت به نوجوان احساس بی‌ارزشی و مهم

1. Miller

2. O'Connor & Sheehy

نبودن را در آن‌ها ایجاد می‌کرد. بنابراین در درمان شناختی رفتاری خانواده-محور بر انطباق-پذیری خانوادگی تاکید بود و مسائل مهمی مثل نیاز به کنترل کردن و شیوه‌های کنترل کردن مورد بحث و تعدیل قرار گرفت.

با این وجود به نظر می‌رسد که حتی این مداخلات تغییر معناداری در انطباق‌پذیری خانوادگی ایجاد نکرده است. احتمالاً تغییرات ایجاد شده به خاطر مواجهه خانواده با بحران باشد و تغییرات فعلی فقط تغییرات موقتی باشند و تا زمانی که مساله حل شود، خانواده انعطاف-پذیری موقتی از خود نشان دهد. به نظر می‌رسد تغییر در نقش‌ها، قواعد خانوادگی و مساله کنترل و رهبری از موضوعاتی باشند که تغییر آن‌ها سخت‌تر باشد.

همان‌طور که اشاره شد والدین بیمار اولدرگیر مشکلات زناشویی خود بودند. حتی اگر نوجوان در روابط زناشویی والدینش مثلث‌سازی نشود، ممکن است باهم تعارض زناشویی آن‌ها بر نوجوان اثر می‌گذارد. نوجوانان در دوره‌ای از زندگی‌شان هستند که در حال کشف حالت‌های احتمالی روابط زناشویی هستند. آن‌ها در حال یادگیری این هستند که عاشق شدن چگونه است. زمانی که نوجوان یک هویت خود انعطاف‌ناپذیر را شکل می‌دهد، تکلیف رشدی بعدی او ایجاد صمیمیت است. نوجوانی که روی احساسات صمیمیت خود کار می‌کند مجبور است در همان خانه‌ای زندگی کند که والدینش دائماً با دعوای خود، روابط زناشویی صمیمانه را برای فرزندشان الگوسازی می‌کنند. این همان الگویی نیست که فرد جوان از روابط صمیمانه بخواهد. مراجعان و دانشجویانی بوده‌اند که گفته‌اند نمی‌خواهند ازدواج کنند، زیرا نمی‌خواهند آنچه را که والدینشان تجربه می‌کنند، ببینند. این تصمیم در برابر فشار همسالان و فشار رسانه‌ها برای عاشق شدن، روابط جنسی داشتن و صمیمی شدن تصمیمی دشوار است. نوجوان ممکن است احساس کند در دامی گرفتار شده که خودکشی راه‌حل قابل قبولی برای مشکلات است (جوریچ، ۲۰۰۸).

اگر چه یکی از بیماران درمان راه‌حل محور (بیمار ششم) تغییرات قابل توجهی در انطباق-پذیری در ترسیم دیداری داشته است، اما این تغییرات می‌تواند تصادفی و در واکنش به

خودکشی نوجوان باشد، زیرا هیچ‌گونه مداخله خانوادگی در این روش درمانی به کار گرفته نشده است.

۲- کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)
 نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری خانواده محور نسبت به درمان راه حل محور اثر بخشی بیشتر داشته است. افکار خودکشی‌گرایی، علائم افسردگی و پیوستگی خانوادگی در درمان شناختی رفتاری خانواده محور به طور معناداری بهبود یافته‌اند. اما درمان راه حل محور فقط بر افکار خودکشی‌گرایی بیماران اثربخش بوده است.

۳- عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟)
 در این پژوهش غیر از ابزارهای مربوط به متغیرهای وابسته، متغیر دیگری که سایر جنبه‌های زندگی بیماران را اندازه‌گیری کند، استفاده نشد. بر اساس نمره برش متغیرهای افکار خودکشی‌گرایی و افسردگی، بیماران هر دو گروه درمانی به حد مطلوبی رسیده‌اند. در جلسات پیگیری دیده شد که بیمار ششم در کلاس‌های تقویت کنکور شرکت کرده و شروع به مطالعه کرده است. بیمار چهارم در حال گذراندن سربازی بود و بیمار دوم در کلاس‌های ورزشی ثبت نام کرده و به ورزش ادامه می‌دهد. بیمار دوم از وضعیت فعلی خود بسیار راضی بود. بیمار سوم رابطه عاطفی مساله‌دار خود را قطع کرد و عنوان کرد که پای پیاده به کربلا مشرف شده است.

۴- ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟)
 نتایج این پژوهش نشان داد که تاثیر درمان شناختی رفتاری خانواده محور بر افکار خودکشی‌گرایی در مرحله پیگیری بهبود بیشتری داشته است و نسبت به دوره درمان این افکار کمتر شده‌اند. علائم افسردگی نیز چنین تغییری داشتند. یعنی نمرات علائم افسردگی مرحله پیگیری نسبت به دوره درمان کمتر شده و بهبود بیشتری ایجاد شده است. نمره پیوستگی خانوادگی مرحله پیگیری نسبت به دوره درمان کمتر شده است که البته نمره‌های کرانه

پیوستگی نشانه ناکارآمدی خانواده و نمرات میانی می‌تواند نشانه کارکرد سالم خانواده باشد. این درمان بر انطباق‌پذیری خانوادگی تاثیر معناداری نداشت. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که تاثیر درمان راه حل-محور بر افکار خودکشی‌گرایی در مرحله پیگیری بهبود بیشتری داشته است و نسبت به دوره درمان این افکار کمتر شده‌اند. این درمان بر علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی بیماران تاثیر معناداری نداشت.

۵- میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)

یکی از مشکلاتی که در برخی از گزارش‌های مربوط به کارآزمایی بالینی به چشم می‌خورد، عدم گزارش افت آزمودنی‌هاست. هر شش بیمار شرکت کننده در درمان تا پایان درمان و مرحله پیگیری در درمان شرکت داشتند. اگر چه این بیماران بی‌ثباتی و نوسان زیادی را تجربه می‌کنند، اما ایجاد رابطه حسنه یکی از مهمترین عوامل تقویت کننده این بیماران در درمان است.

۶- ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است؟)

یکی از مشکلات مهم در درمان افراد خودکشی‌گرا، موضوع مرگ و زندگی است. این افراد در مرز مرگ و زندگی قرار دارند. هر گونه اشتباه یا افراط و تفریط در درمان می‌تواند نتایج غیرقابل جبرانی داشته باشد. این موضوع یکی از نگرانی‌های همیشگی محقق بوده است. خوشبختانه درمان هیچ اثر منفی بر بیماران نداشته است. تدوین یک طرح ایمنی منسجم و دقیق (برای گروه درمان شناختی رفتاری خانواده محور) تضمین کننده جان بیماران بوده است.

کار با نوجوانان خودکشی‌گرا بسیار دشوار و حساس است. استفاده از رویکرد راه حل محور برای افرادی که نیاز به مداخله مستقیم دارند، می‌تواند پر خطر باشد. اصرار والدین برای ورود به جلسات درمان و مداخله آن‌ها در درمان و همچنین تمایل بیماران گروه درمان راه حل محور از محدودیت‌های درمان بوده است. اجرای بیش از ده بار ابزارهای پژوهش، بی میلی و

بی رغبتی زیادی در بیماران ایجاد می‌کرد. از آن جایی که درمانگر هر دو درمان را اجرا کرده است، کاربرد صرف یک روش با بیماران آن گروه درمان ممکن است مقدور نباشد. پیشنهاد می‌شود این دو روش درمان با دختران اقدام کننده به خودکشی نیز بررسی شود و از رویکرد خانواده درمانی راه حل-محور یا اشکال دیگری که حضور خانواده یا والدین را در درمان ممکن می‌سازد، استفاده شود.

منابع فارسی

قرآن کریم

اکبری زردخانه، سعید؛ جعفری، سالار؛ دولتشاهی، بهروز؛ ممقانیه، مریم. (۱۳۸۸). رابطه خودکشی با ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای زندگی. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۲): ۱۵۷-۱۵۱.

امیری نژاد، علی؛ قریشی راد، فخرالسادات؛ جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های فرزندپروری و سلامت روان افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین افراد عادی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳): ۳۳۰-۳۱۵.

ایمانی، مهدی؛ رجبی، غلامرضا؛ خجسته مهر، رضا؛ بیرامی، منصور؛ بشلیده، کیومرث (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی، زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۱): ۸۱-۵۶.

باپیری، امیدعلی؛ بهامین، قباد؛ فیض‌اللهی، علی. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر آموزش گروهی حل مساله بر برخی ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۸(۱): ۲۲-۱۶.

حناسب‌زاده، مریم؛ یزدان دوست، رخساره؛ اصغر نژادفرید، علی‌اصغر؛ غرایبی، بنفشه. (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مورد بیماران افسرده خودکشی‌گرا: یک مطالعه کیفی. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۱): ۳۸-۳۳.

حمیدپور، حسن. (۱۳۸۷). اهمیت روش شناسی در پژوهش‌های رفتاری - شناختی. *بازتاب دانش*، ۳: ۵۶-۴۹.

خجسته‌مهر، رضا؛ عباس‌پور، ذبیح‌اله؛ رجبی، رضا. (۱۳۸۷). مقایسه پیوستگی، انطباق‌پذیری، سطح ارتباط و رضایت زناشویی در متاهلین پرگذشت و کم‌گذشت اداره‌های دولتی شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۵ (۱): ۱۹۴-۱۷۹.

رجبی، غلام رضا. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک BDI-13. *فصلنامه روان‌شناسان ایران*، سال اول، شماره ۴ (۳): ۲۹۱-۲۹۸.

رود، ام دیوید؛ جویز، توماس؛ رجب، ام حسن. (۲۰۰۱). *مقابله با گرایش به خودکشی*. ترجمه مهشید فروغان (۱۳۸۶). تهران، انتشارات رشد.

سامرز-فلنگن، جان؛ سامرز-فلنگن، ریتا. (۱۹۹۵). *مصاحبه بالینی*. ترجمه آوادیس یانس، هامایاک؛ گاهان، نیسان؛ عرب قهستانی، داود؛ براتی سده، فرید (۱۳۸۹). تهران، انتشارات رشد.

مرادی، علیرضا؛ مرادی، رحیم و مصطفوی، احسان. (۱۳۹۱). بررسی میزان و عوامل مرتبط به خودکشی در شهرستان بهار. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۱): ۵۸-۵۰.

منابع لاتین

- Andersson, T. A. (2012). "Nobody talks about suicide, except if they're kidding" disenfranchised grief, coping strategies, and suicide survivor identity in peer suicide grievers. Unpublished Doctoral Dissertation, Case Western Reserve University.
- Brent, D., Greenhill, L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J., Vitiello, B., Bukstein, O., Stanley, B., Posner, K., Kennard, B., Cwik, M., Wagner, A., Coffey, B., March, J., Riddle, M., Goldstein, T., Curry, J., Barnett, S., Capasso, L., Jamie J., Hughes, J., Shen, S., Gugga, S. & Turner, B. (2009). The treatment of adolescent suicide attempters (TASA) study: predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10):987-996.
- Brent, D., Kolko, D., Allan, M., Brown, R. V. (1990). Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4):586-593.
- Crocker, L., Clare, L., Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging & Mental Health*; 10(6): 638-647.

- Delgado, K. J. (2013). The role of relationships in completed suicide: A gendered analysis of suicide notes. Unpublished doctoral dissertation, The Faculty of The School of Professional Psychology Wright State University.
- Estrada, B., Beyebach, M. (2007). Solution-focused therapy with depressed deaf persons. *Journal of Family Psychology*, 18(3): 45-63.
- Hamilton, D. R. (2103). Suicide as an escape from pain: An analysis of suicide notes and case files. Unpublished doctoral dissertation, The Faculty of The School of Professional Psychology Wright State University.
- Henden, J. (2008). Preventing suicide: the solution focused approach. East Sussex, PO198SQ, England.
- Hope, K. L. (2009). A reason to live: The protective influence of close friendships on college students. Unpublished doctoral dissertation, The Graduate School of The University of Florida.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. p., Enns, M. V., Sareen, J., & The Swampy Cree Suicide Prevention Team (12 members). (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4): 260-268.
- Jurich, A. P. (2008). Family therapy with suicidal adolescents. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. New York, NY 10016.
- Lipschitz, J. M., Yen, S., Weinstock, L. M. & Spirito, A. (2012) Adolescent and caregiver perception of family functioning: Relation to suicide ideation and attempts. *Psychiatry Research*, 200: 400-403.
- Mance-Khourey, J. M. (2012). Assessing suicide risk in the amish: Investigating the cultural validity of the interpersonal theory of suicide. Unpublished doctoral dissertation, The Graduate Faculty of The University of Akron.
- O'Donnell, H. & Wilkinson, E. (2012). Prevention of suicide in Northern Ireland. *Mental Health Practice*, 15(8): 25-29.
- Orbach, I., Mikulincer. M., Bluenose, R., Mester, R., Stein, D. (1999). The subjective experience of problem resolvability and suicidal behavior. *The American Association for Suicidology*, 29(2): 150-164.
- Owens, C., Roberts, S. & Taylor, J. (2014). Utility of local suicide data for informing local and national suicide prevention strategies, *Public Health*, Retrieved 2014 From: <http://www.sciencedirect.com>.
- Rizvi, S. L. & Nock, M. K (2008). Single-Case Experimental Designs for the Evaluation of Treatments for Self-Injurious and Suicidal Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (5): 498-510.
- Sokero, P. (2006). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. Publications of the National Public Health Institute. Retrieved 2014 From: <http://www.ktl.fi>.
- Spirito, S., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., Uhl, K. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression and Suicidality Child and Adolescent. *Psychiatric Clinics of North America*, 20: 191-204.

- Spirito, A. & Overholser, J. C. (2003). Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice. Academic Press, Theobalds Road, London.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B., Wagner, A., Cwik, M., Brunstein Klomek, A., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48: 1005–1013.
- Sun, F.K. & Long, A. (2008). A theory to guide families and careers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 1939–1948.
- Värnik, P. (2012). International journal of environmental research and public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9: 760-771.
- Wells, K. C. & Heilbron, N. (2012). Family-based cognitive-behavioral treatments for suicidal adolescents and their integration with individual treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19: 301-314.
- World Health Organization. (2012). Suicide prevention. Retrieved 2014 from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Xing, X. Y., Tao, F. B., Wan, Y. H., Xing, C., Qi, X. Y., Hao, J. H., Su, P. Y., Pan, H. F. & Huang, L. (2010). Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey. *Journal of Adolescent Health*, 46: 592–599.
- Yamokoski, C. A. (2006). ABC's of suicidology: the role of affect in suicidal behaviors and cognitions. Unpublished doctoral dissertation, The Graduate Faculty of The University of Akron.