

Research Paper

The efficacy of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide

Sepideh kiyanzad¹, Hamid Taher Neshat Doost², Hossein Ali Mehrabi³, Seyyed Ghafur Mousavi⁴

1. Ph.D Student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4. Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Citation: kiyanzad S, Neshat Doost H.T, Mehrabi H.A, Mousavi S.Gh. The efficacy of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide. J of Psychological Science. 2021; 20(106): 1767-1786.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1208-fa.html>



ORCID



doi 10.52547/JPS.20.106.1767

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Brief cognitive - behavioral therapy, depression, suicidal thoughts, cognitive emotion regulation

Background: Due to the increasing focus of new therapies on immediate and short-term interventions, brief cognitive-behavioral therapy has been designed with the goal of disabling suicidal mode and stabilizing symptoms by creating self-efficacy in emotion regulation skills and cognitive flexibility. But there is a research gap regarding the possibility of the effectiveness of this treatment in Iranian society.

Aims: This study aimed to determine the efficacy of brief cognitive-behavioral therapy on depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide.

Methods: The present study was a semi-experimental research with a pretest-posttest-follow-up control group design. The statistical population comprised women who attempted suicide in Isfahan in 2020. Thirty patients were selected by purposive sampling method and were randomly assigned to experimental and control groups (15 patients in each group). The research tools include, Beck Depression Inventory-II (1996), Beck Scale for Suicidal Ideation (1979) and Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2001), and 12 90-minute sessions brief cognitive-behavioral therapy (Brian & Rood, 2018). Data analysis was performed by repeated measures analysis of variance.

Results: The findings demonstrate that brief cognitive-behavioral therapy increases adapted emotion regulation strategies and reduces non-adapted strategies, suicidal thoughts and depression at the end of the intervention and follow-up period ($P < 0.01$).

Conclusion: Brief cognitive-behavioral therapy can reduce depression, suicidal ideation, and non-adapted cognitive emotion regulation strategies in people who attempt suicide.

Received: 09 Apr 2021

Accepted: 06 May 2021

Available: 22 Dec 2021

* **Corresponding Author:** Hamid Taher Neshat Doost, Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

E-mail: h.neshat@edu.ui.ac.ir

Tel: (+98) 9133105922

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

According to the National Institute of Mental Health (2019), suicide is a major public health concern in the world. Based on the report by the Centers for Disease Control, the suicide rate among women has increased by 50% from 2000 to 2016 (O'Brien & Tomoyasu, 2021).

Suicide is not usually a single event, but rather it is conceptualized as a continuous process of suicidal ideation, a movement towards a suicide plan and preparation, suicide attempt and finally the act of suicide. Thus, reducing suicidal ideation and preventing suicide attempts have been the main goal of increasing the number of psychosocial interventions in recent years (Ong, 2018).

Most studies also suggest that depression has a very high correlation with suicide in terms of rate and is the most common diagnosis in successful suicides (Lew, Huen, Yu, Yuan, Wang, & Ping, 2019). Thus, in many designed therapies, special focus has been placed on improving the symptoms of depression in these people (Wetherall, Robb & O'Connor, 2019).

Poor emotion regulation is also considered as a common and interdiagnostic factor that is associated with various forms of psychological pathology, including suicide attempt (Ehring & Watkins, 2008). Therefore, focusing on cognitive emotion regulation and competencies that can help individuals promote this protective factor will be effective for those who attempt suicide (Hatkevich, Penner & Sharp, 2019; Raj, 2019).

Considering the increased focus of new therapies on immediate and short-term interventions, brief cognitive-behavioral therapy has been designed with the goal of deactivating suicide mode and stabilizing symptoms by creating self-efficacy in emotion regulation skills and cognitive flexibility. But concerning the effectiveness of this treatment in Iranian society, there is a research gap. Hence, this study aimed to determine the effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal ideation and cognitive emotion regulation in women attempting suicide.

Method

The present research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design and a one-month follow-up. The statistical population included all women attempting suicide who were admitted to Khorshid and Al-Zahra hospitals in Esfahan in summer and autumn of 2020. Considering the loss of subjects, the sample size of the research in each group was considered to be 15 people and the subjects were selected purposefully. The instruments used in this study include the following:

Beck Depression Inventory (BDI-II): This questionnaire is a revised form of the first version of the Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996) and contains 21 items that measure the physical, behavioral and cognitive symptoms of depression. The results obtained by Beck et al. (1996) reported that the internal correlation of this scale, using Cronbach's alpha, was 0.93 and its test-retest reliability was also 0.93.

Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI): This scale was developed in 1979 by Beck. It is a 19-item self-assessment tool designed to detect and measure the intensity of thoughts, behaviors, and planning for suicide attempt over the past week. Beck reported the reliability coefficient and interrater reliability of this questionnaire to be 0.89 and 0.83, respectively (Beck & Steer, 1991).

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): This questionnaire is a self-report tool and its 18-item form was designed by Garnefski and Kraaij (2006) who indicated that the test-retest reliability of strategies is relatively stable and the internal consistency of most of the scales, using Cronbach's alpha coefficients, was confirmed to be 0.80 (Garnefski & Kraaij, 2006).

In this study, after performing the pretests, brief cognitive-behavioral therapy (Brayan & Rudd, 2018) was conducted individually for the experimental group during twelve 90-minute sessions in the clinic. The control group did not receive any training during this time (only routine treatments). At the end of the treatment sessions, both groups were post tested and one month later, a follow-up test was administered. Data were analyzed using the latest version of SPSS

software and repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test.

Reviewing the designed interventions revealed that these studies emphasize increasing protective factors and reducing risk factors, including focusing on enhancing mental health, self-efficacy, emotion control and resistance to psychosocial stress, that moderate suicidal ideation and behavior (Siegmann, Willutzki, Fritsch, Nyhuis & Teismann, 2019). Therefore, the researcher seeks to evaluate these variables through the mentioned tool in order to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy.

Results

Analysis of demographic data demonstrated that the mean age of participants in the brief cognitive-behavioral therapy group and the control group was 28.13 ± 9.10 and 28.60 ± 9.13 , respectively. The

highest frequency of education level in the two groups was diploma. 20% of the brief cognitive-behavioral therapy group and 26.7% of the control group had the middle school education and others were bachelors, and in terms of marital status, most of the participants in both groups were single.

Based on the descriptive information of the research variables in the three stages of measurement and research groups, there were differences between the mean scores of the research variables of the two groups in the three stages of evaluation. In order to examine the significance of these differences, repeated measures analysis of variance test was used for three stages of evaluation in the brief cognitive-behavioral therapy group and the control group and before performing the test, the assumptions of normal distribution of scores, homogeneity of variances, linearity and sphericity were investigated.

Table 1. Results of repeated measures analysis of variance of the research variables related to in-group and out-group effect

Title	Variable	Effects	Source	Sum of squares	Degree of freedom	Mean square	F statistic	Significance level	Effect size	Test power
Emotion regulation strategies	Depression	Within- subject	Time	2115.089	2	1057.544	59.391	<0.001	0.680	1
		Interaction	Time	1519.756	2	759.878	42.657	<0.001	0.604	1
		Between-subject	Group	2141.344	1	2141.344	22.958	<0.001	0.451	0.996
	Suicidal ideation	Within- subject	Time	1444.156	1.452	994.633	85.509	<0.001	0.753	1
		Interaction	Time	479.622	1.452	516.287	44.386	<0.001	0.613	1
		Between-subject	Group	613.611	1	613.611	19.747	<0.001	0.414	0.990
	Adaptive	Within- subject	Time	1538.600	2	769.300	91.007	<0.001	0.765	1
		Interaction	Time	1160.689	2	580.344	68.654	<0.001	0.710	1
		Between-subject	Group	1570.844	1	1570.844	71.999	<0.001	0.720	1
	Non-adaptive	Within- subject	Time	1072.022	1.501	714.252	56.559	<0.001	0.669	1
		Interaction	Time	885.267	1.501	589.823	46.706	<0.001	0.625	1
		Between-subject	Group	846.400	1	846.400	33.406	<0.001	0.544	1

According to the results of Table (1), the effect of time is significant and the means of the research variables are different in the three evaluation stages of pretest, posttest and follow-up. Further, there is an interaction between time and group; that is, the means of the research variables in the stages of pretest, posttest and follow-up are different in the cognitive-behavioral therapy group and the control group.

According to Table (2), the pretests of the research variables are not different in the two groups; but the variables have shown a significant group difference in the posttest and follow-up, suggesting that the brief

cognitive-behavioral therapy has been effective in the research variables.

Then, the results of Bonferroni test were evaluated to examine the pairwise differences of the evaluation stages in each of the therapy and control groups. The results indicated that in the brief cognitive-behavioral therapy group, there is a significant difference between the pretest and posttest stages and the pretest and follow-up stages in the mean scores of the research variables ($p < 0.01$). But no difference was reported between the posttest and follow-up stages in the mean scores of the research variables ($p > 0.01$),

which suggests the persistence of the treatment effect over time.

In the control group, no significant difference was found in the three pairwise comparisons. Comparison of group differences of means of the research variables in each evaluation stage (Table 2) and

pairwise comparison of evaluation stages in each research group (Table 3) and review of the means revealed that the brief cognitive-behavioral therapy has reduced depression, suicidal ideation and non-adaptive emotion regulation strategies, and has increased adaptive emotion regulation strategies.

Table 2. Pairwise comparison between the experimental and control groups in each of the evaluation stages

Scale	Variable	Stage	Group I	Group J	Mean difference (I-J)	Standard error	Sig.	95% confidence interval for differences	
								Min.	Max.
Emotion regulation strategies	Depression	Pretest	Experimental	Control	1.867	2.574	0.474	-3.407	7.140
		Posttest	Experimental	Control	-15.467	2.272	<0.001	-20.120	-10.813
		Follow-up	Experimental	Control	-15.667	2.323	<0.001	-20.425	-10.908
	Suicidal ideation	Pretest	Experimental	Control	2.933	1.339	0.037	0.191	5.675
		Posttest	Experimental	Control	-9.600	1.523	<0.001	-12.719	-6.481
		Follow-up	Experimental	Control	-9.000	1.512	<0.001	-12.096	-5.904
	Adaptive	Pretest	Experimental	Control	-1.800	1.270	0.167	-4.401	0.801
		Posttest	Experimental	Control	13.600	1.176	<0.001	11.192	16.008
		Follow-up	Experimental	Control	13.267	1.472	<0.001	10.250	16.283
	Non-adaptive	Pretest	Experimental	Control	2.733	1.688	0.117	-0.724	6.190
		Posttest	Experimental	Control	-10.800	1.276	<0.001	-13.414	-8.186
		Follow-up	Experimental	Control	-10.333	1.195	<0.001	-12.782	-7.884

Note: Non-significant relationships are shaded in the table.

Conclusion

This study aimed to investigate the effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal ideation and cognitive emotion regulation in women attempting suicide in Esfahan. The present research demonstrated that this treatment has been effective in reducing the severity of depressive symptoms in these people. The structure of the brief cognitive-behavioral therapy is based on the Fluid Vulnerability Theory (FVT) of suicide, and by focusing on making changes in the cognitive style and creating insight into cognitive biases and understanding the relationship between thoughts, emotions and behaviors, it improves the process of formation of depressive symptoms in the second phase of the treatment. This finding is consistent with the results of the study by Bishop and Pigeon (2021) and Tanaka et al. (2019), who positively assessed the effect of this treatment on depressive symptoms.

The results of this study indicate the effect of this treatment on reduced suicidal ideation. In this model, it is believed that the suicidal belief system indicates the occurrence of psychological vulnerability in two basic mechanisms in suicidal behavior: cognitive inflexibility and deficiency in emotion regulation.

Thus, in the first phase of this treatment, the patient learns how to extract positive emotional states and remembers why he wants to continue his life, and this is achieved through techniques such as reasons to live list, survival kit and mindfulness exercises. This finding is consistent with the results of studies by Sinyor et al. (2020), Lee et al. (2020) and Ecker et al. (2019) regarding the positive effects of this treatment on suicidal ideation.

On the other hand, the findings of this study suggested that the brief cognitive-behavioral therapy is effective in increasing adaptive strategies and reducing non-adaptive strategies in cognitive emotion regulation. In the behavioral domain of suicide, the main risk factors include lack of skills in the areas of distress tolerance and emotion regulation, each of which increases the likelihood of maladaptive coping in response to stressful and provocative situations and in the first phase, this treatment, through trainings such as safety program, relaxation competencies, breathing retraining and mindfulness exercises, directly targets the defects of these competencies; this finding is congruent with the results of studies by Roberge et al. (2019) and Bryan, Peterson and Rudd (2018). Therefore, according to the results of this

study, the use of this therapeutic method is recommended to therapists specialized in this field.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The authors extracted this article from the PhD dissertation of the first author, which approved under No IR.UI.REC 1399.011 date, 26.06.2019 in the Faculty of medical sciences, University of Isfahan, Isfahan. The Iranian National Gas Company authorities have signed the permission to carry the research. Ethical considerations like gaining the informed consent of the participants and the confidentiality of responses were considered in this research.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third and forth was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the participants, and consultants of this research, as well as the staff of Khorshid and Al-Zahra hospitals who helped in this research.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام کننده به خودکشی

سپیده کیانزاد^۱، حمیدطاهر نشاط دوست^{۲*}، حسینی مهرابی^۳، سیدغفور موسوی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی و رفتاری مختصر، افسردگی، افکار خودکشی، تنظیم شناختی هیجان

زمینه: با توجه به افزایش تمرکز درمان‌های جدید بر مداخلات فوری و کوتاه مدت، درمان شناختی رفتاری مختصر با هدف غیرفعال کردن حالت خودکشی و تثبیت علائم از طریق ایجاد خودکارآمدی در مهارت‌های تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی طراحی شده است. اما در خصوص احتمال اثربخشی این درمان در جامعه ایران شکاف تحقیقاتی وجود دارد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام کننده به خودکشی انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری زنان اقدام کننده به خودکشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد ۳۰ بیمار با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش حاضر عبارتند از: افسردگی بک ویرایش دوم (۱۹۹۶)، افکار خودکشی بک (۱۹۷۹)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی (۲۰۰۱) و ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان شناختی رفتاری مختصر (برایان و راد، ۲۰۱۸). تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری مختصر عامل افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی سازش یافته و کاهش راهبردهای سازش نایافته، افکار خودکشی و افسردگی در پایان مداخله و دوره پیگیری شده است ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: درمان شناختی رفتاری مختصر می‌تواند افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای سازش نایافته در تنظیم شناختی هیجان را در افراد اقدام کننده به خودکشی کاهش دهد.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۱/۲۰
پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶
منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۰/۰۱

* نویسنده مسئول: حمیدطاهر نشاط دوست، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

رایانامه: h.neshat@edu.ui.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳۳۱۰۵۹۲۲

مقدمه

بر اساس اعلام انستیتوی ملی بهداشت روانی^۱ (۲۰۱۹)، خودکشی یک نگرانی مهم بهداشت عمومی در دنیا است. خودکشی^۲ مشتمل بر اقدامی آگاهانه است که منجر به خاتمه بخشیدن به زندگی فرد می‌گردد (ساندرسون، بالوج، وانج، ویلیامز و ویلیامسون، ۲۰۲۰). افزایش نرخ‌ها در خصوص اقدام به خودکشی، برای زنان، همچنان ادامه دارد. بر طبق گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها، میزان خودکشی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶، ۵۰٪ در میان زنان افزایش یافته است (ابرین و تامویاسو، ۲۰۲۱). بالاترین میزان خودکشی در ایران مربوط به منطقه غرب کشور و در زنان بیشتر از مردان می‌باشد (باختر و رضائیان، ۲۰۱۷). در ایران، میزان خودکشی در هر ۱۰۰۰۰ نفر در در زنان ۳/۶ و در مردان ۷/۰ است (شمسایی، یغمایی و حقیقی، ۱۳۹۹). بر طبق پژوهش‌ها، علارغم بالاتر بودن میزان خودکشی در مردان، زنان میزان بالاتری از اقدام به خودکشی را در طول زندگی گزارش می‌کنند (مک مانوس، بینگتون، جنلیس و برافا، ۲۰۱۶).

با مروری بر مداخلات طراحی شده، این پژوهش‌ها بر افزایش عوامل محافظت‌کننده و کاهش عوامل خطر تأکید دارند که شامل تمرکز بر افزایش سلامت روان، خودکارآمدی، مهار هیجان و مقاومت در برابر فشار روانی اجتماعی است که افکار و رفتار خودکشی را تعدیل می‌نماید، در واقع سلامت روان به عنوان واسطه ارتباط بین عوامل خطر، افکار و رفتار خودکشی و به عنوان یک عامل تاب‌آوری مرتبط با افکار و رفتار خودکشی، نشان داده شده است (سیگمان، ویوترکی، فریتسچ، نیهایس، ولتر و تیسمن، ۲۰۱۹).

بیشتر تحقیقات، حاکی از آن است که افسردگی^۳ از نظر میزان، همبستگی بسیار بالایی با خودکشی دارد و عامترین تشخیص‌دهنده خودکشی‌های موفق می‌باشد (لئو، هیون، یوآن، وانگ، پینگ و جیا، ۲۰۱۹؛ موریسون و هاپکینس، ۲۰۱۹).

افسردگی یک احساس مداوم غم و اندوه و از دست دادن علاقه به چیزهایی است که می‌تواند بر افکار، رفتار، احساسات و احساس سلامت روانی فرد تأثیر بگذارد و تقریباً ممکن است در کل زندگی هر فرد به طور موقت رخ

دهد و بعنوان متغیر شناختی در پیش‌بینی افکار و رفتار خودکشی نقش اساسی دارد (ودرال، راب و اکائر، ۲۰۱۹).

همچنین بر طبق بررسی مطالعات صورت گرفته، افرادی که از افکار خودکشی رنج می‌برند و یا سابقه خودکشی داشته‌اند در معرض خطر جدی برای اقدام به خودکشی و خودکشی کامل هستند. تفکرات خودکشی بصورت فکر کردن، تصور کردن و یا برنامه‌ریزی برای خودکشی تعریف می‌شوند، در حالی که رفتار خودکشی بعنوان تعامل در رفتار بالقوه خودخواهانه با قصد مرگ (تلاش‌های خودکشی، غیرقطعی و یا کشنده) تعریف شده است (کلانسکی، می و شافر، ۲۰۱۶). مطالعه افکار خودکشی و بررسی عوامل روانشناختی مرتبط با آن موضوعی است که در مطالعات بیشماری مورد بررسی قرار گرفته است (صدری دامیرچی و ذکی بخش محمدی، امیر و محمد، ۲۰۱۹؛ عبدالحی و طالبی، ۲۰۱۶؛ ضیایی و همکاران، ۲۰۱۷؛ عبدالحی و کارلبرینگ، یاکوب و اسماعیل، ۲۰۱۷).

در واقع خودکشی معمولاً یک رویداد واحد نیست، بلکه بیشتر به عنوان یک روند ادامه‌دار از ایده‌های خودکشی، حرکت به سمت یک برنامه خودکشی و آماده‌سازی، اقدام به خودکشی و سرانجام عمل خودکشی مفهوم سازی می‌شود. بنابراین برای جلوگیری از خودکشی در مراحل اولیه، توجه به مرحله اول مسیر خودکشی کامل، یعنی توجه به ایده‌پردازی خودکشی بسیار مهم است. از این رو کاهش افکار خودکشی و جلوگیری از اقدام به خودکشی، هدف اصلی افزایش تعداد مداخلات روانی - اجتماعی در سال‌های اخیر بوده است (انگ، ۲۰۱۸).

تنظیم هیجان^۴ ضعیف نیز بعنوان عاملی مشترک و بین تشخیصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی، از جمله اقدام به خودکشی، در ارتباط است (اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸). مؤثرترین و بالاترین سطح تنظیم هیجانی، تنظیم شناختی هیجان است. در تنظیم شناختی، افراد از مواجهه و پذیرش هیجانات مختلف خود، اجتناب نمی‌کنند و با تفکر، هیجانات را بازیابی کرده، به آنها توجه می‌کنند و متناسب با نیازهای روانی و شرایط، به تنظیم هیجانات خود می‌پردازند. این سطح از تنظیم هیجانی مستلزم دارا بودن میزان بالایی از انعطاف‌پذیری شناختی است. تنظیم شناختی هیجان مجموعه‌ای از صلاحیت‌ها را که به شخص

³. Depression

⁴. Emotion Regulation

¹. National Institute of Mental Health

². Suicide

اجازه می‌دهد نظارت، ارزیابی و اصلاح فرآیندهای ایجاد شده در پیدایش احساسات را انجام دهد در بر می‌گیرد (لازاررستا و همکاران، ۲۰۱۹).
براساس یافته‌های مطالعه کورک مز و همکاران (۲۰۲۰)، عدم توانایی در شناخت و کنترل احساسات و هیجانات خود و دیگران می‌تواند افراد را به عنوان راه‌حلی برای مشکلات خود به سمت خودکشی سوق دهد. در مطالعه هفر و ویلوگی (۲۰۱۸)، اختلال تنظیم هیجان با مؤلفه‌های میل به خودکشی و توانایی اکتسابی برای خودکشی و افزایش عدم ترس نسبت به مرگ همراه بوده است. تمرکز بر تنظیم شناختی هیجان و توانش‌هایی که بتواند افراد را در ارتقاء این عامل محافظ یاری رساند، در ارتباط با افراد اقدام‌کننده مؤثر خواهد بود و اخیراً مطالعات بسیاری به تأثیر آموزش توانش‌های تنظیم شناختی هیجان در کاهش خودکشی پرداخته‌اند (آزادی، خسروانی، کینگ، محمدزاده و باصر، ۲۰۲۰؛ هاتکویچ، پتر و شارپ، ۲۰۱۹؛ راج و همکاران، ۲۰۱۹).

اثربخشی مداخلات پیشگیری از خودکشی در کاهش میزان خودکشی در برخی موارد خاص مشاهده می‌شود، اما در برخی موارد (هنوز) مشخص نیست. با وجود شواهد در حال رشد برای اثربخشی چندین استراتژی پیشگیری از خودکشی، تاکنون تخمینی تطبیقی برای تأثیر انواع مختلف مداخلات ارائه نشده است. همچنین، هنوز مشخص نیست که کدام استراتژی مؤثرترین است. استدلال شده است که مؤثرترین اقدام در جهت کاهش خودکشی نیاز به مداخلات ترکیبی ارائه‌دهندگان مختلف در حوزه‌های مختلف و به صورت مداخلات به اصطلاح چند سطحی دارد (هافسترا و همکاران، ۲۰۱۹).

گرچه محققان خودکشی بالینی به طور کلی از رشته‌های متنوع و سنت‌های بالینی استقبال می‌کنند، توسعه درمان‌های مؤثر برای بیماران خودکشی به طور معقول از سنت شناختی - رفتاری به وجود آمده است. این بدان معنا نیست که محققان بالینی که در دیدگاه‌ها و سنن نظری مختلف آموزش دیده‌اند، دانش مهمی به دست نیاورده‌اند، بلکه مدل‌های شناختی - رفتاری ممکن است با رویکردی کاربردی برای مفهوم‌سازی خودکشی "راحت‌تر" سازگار شوند (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۶).

تا به امروز درمان‌های بسیاری جهت افراد اقدام‌کننده به خودکشی طراحی شده است، از موفق‌ترین این درمان‌ها می‌توان به درمان دیالکتیکی^۱ اشاره

^۱. Dialectical Behavior Therapy

نمود (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۷). این درمان براساس الگوی زیست اجتماعی از خودکشی طراحی شده و یک درمان شناختی - رفتاری با ساختاری چند منظوره است که شامل آموزش تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، حل مسئله و مهارت‌های ارزیابی مجدد شناختی است که با طیف وسیعی از مداخلات شناختی - رفتاری مانند بازسازی شناختی و تمرین‌های رفتاری انجام می‌شود (لینچ، چاپمن، روزنتال، کوو و لینهان، ۲۰۰۶).

اگرچه این درمان تأثیر اثبات شده قابل توجهی در جلوگیری از اقدام به خودکشی نشان داده است، با این وجود واقعیت این است که این روش درمانی و بسیاری از روش‌های مؤثر بر خودکشی، بسیار منبع دار، زمان بر و با یادگیری دشوار هستند که مانع از اجرای گسترده آنها شده است (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۸).

با توجه به هزینه‌های درمانی و عدم تمایل افراد بر درمان‌های طولانی مدت، اخیراً بیشترین تمرکز بر درمان‌های کوتاه مدت قرار گرفته است (ین و همکاران، ۲۰۱۹). از این رو در دهه‌های اخیر مدل‌های درمانی شناختی رفتاری مختصر و پیچیده‌تر که می‌توانند به صورت عملی‌تر و انعطاف‌پذیر ارائه شوند، مورد توجه قرار گرفته‌اند.

راد، جوینر و رجب (۲۰۰۱) از نخستین محققان بالینی بودند که درمان شناختی - رفتاری مختصر را در جهت درمان بیماران خودکشی مطرح کردند و این مسیر توسط محققان دیگری چون براون و همکاران (۲۰۰۵) دنبال و در طی یک دهه گذشته بسیار توسعه یافته است (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۹).

امروزه درمان شناختی رفتاری مختصر به عنوان "قدم بعدی رو به جلو" در توسعه و پالایش درمان شناختی - رفتاری که طی مدت چند دهه توسط محققان بالینی با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته است، درک می‌شود (برایان و راد، ۲۰۱۸).

اگرچه ممکن است فرض کنیم که درمان‌های کوتاه مدت به خصوص برای بیماران پرخطر خودکشی که دارای مشکلات بالینی چالش برانگیز، همبودی پیچیده و عدم تمایل به دریافت کمک از دیگران هستند، مناسب نیست، شواهد تجربی حمایت از اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر برای پیشگیری از اقدام به خودکشی، نتایج بسیار مشابهی را با نتایج به دست آمده از درمان دیالکتیکی گزارش دادند. همچنین بررسی‌های صورت

گرفته اولیه نشان داد که تأثیر درمان شناختی رفتاری مختصر کمتر از درمان های بلند مدت شناختی رفتاری نبوده است (تاریخ، ۲۰۰۸ و براون و همکارانش، ۲۰۰۵).

از میان نسخه های کوتاه مدت درمان شناختی و رفتاری که به منظور خاص برای پیشگیری از خودکشی طراحی شده، رویکرد خاصی که با عنوان مداخله مختصر شناختی - رفتاری (BCBT؛ برایان و راد، ۲۰۱۸) شناخته می شود، بصورت فردی و با ساختاری سرپایی، برای پیشگیری از خودکشی و با تمرکز بر تقویت تنظیم هیجانات و انعطاف پذیری شناختی که گمان می رود دو فاکتور مؤثر در بهبودی از حالت های پرخطر در خودکشی باشد طراحی شده است و یک روش درمانی مرحله به مرحله برای هدف قرار دادن مستقیم خطر خودکشی می باشد (روجاس و همکاران، ۲۰۲۱).

این درمان برای پرداختن به جنبه های قابل تغییر در مهارت ها، کاهش سطح خطر ابتدایی و تقویت منابع مقابله ای و جلوگیری از اقدام به خودکشی در صورت فعال شدن حالت خودکشی طراحی شده است (دیفن باچ و همکاران، ۲۰۲۰).

یک مؤلفه تأثیرگذار در این رویکرد درمانی نسخه اصلاح شده برنامه پاسخ به بحران^۲ و استفاده آن در کنار برنامه مشاوره ایمنی در جهت تنظیم هیجانات افراد اقدام کننده می باشد (برایان و رازک، ۲۰۱۸).

برنامه پاسخگویی به بحران برای اولین بار توسط راد، جوینر و رجب (۲۰۰۱) معرفی شد که در آن مراحل پیگیری در صورت بروز بحران خودکشی را ترسیم می کند. طرح پاسخ به بحران توسط استنلی و براون (۲۰۱۲) تجدید نظر شد تا شامل مشاوره محدودیت باشد و به طرح ایمنی^۳ تغییر نام داد (دیفن باچ و همکاران، ۲۰۲۰).

بسیاری از اصلاحات و پالایش های درمان شناختی رفتاری براون و همکارانش (۲۰۰۵) در این درمان حفظ شده است. اما چندین مداخله جدید برای این درمان ایجاد شده است که مهمترین آنها کیت بقا و اضافه شدن دو جلسه در جهت وظیفه پیشگیری از عود می باشد (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۹).

تأثیر این درمان مختصر در مطالعات بسیاری مورد اثبات علمی قرار گرفته است؛ بیشاپ و پایجون (۲۰۲۱)، تانکا و همکاران (۲۰۱۹)، پایجن و

همکاران (۲۰۱۷) در مطالعات خود نشان دادند که این درمان منجر به کاهش علایم افسردگی در افراد اقدام کننده به خودکشی شده است. همچنین سینیور و همکاران (۲۰۲۰)، لی و همکاران (۲۰۲۰)، ایچر و همکاران (۲۰۱۹)، برایان، رازک، باتنر و راد (۲۰۱۹) و نیز برایان و رازک (۲۰۱۸) اثر بخشی این درمان را در بهبودی از حالت های پرخطر و افکار اقدام به خودکشی نشان دادند.

رابرگ و همکاران (۲۰۱۹) و برایان، پترسون و راد (۲۰۱۸) نیز در مطالعات خود به تأثیر این درمان بر روی افزایش راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان اشاره کردند.

بر طبق مطالعات صورت گرفته، روزها و هفته ها بلافاصله پس از ترخیص از بیمارستان روان پزشکی به عنوان دوره ای با خطر بالا برای خودکشی تثبیت شده است (لی، برایان و راد، ۲۰۲۰).

بنابراین، در این پژوهش با توجه به اهمیت بازتوانی در افراد اقدام کننده به خودکشی جهت جلوگیری از اقدام مجدد و با توجه به اینکه در بررسی های صورت گرفته در خصوص مؤثر بودن این مداخله شناخته شده در ایران شکاف تحقیقاتی وجود دارد، بر آن شدیم تا تأثیر این درمان را بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان، با انجام یک آزمایش کنترل شده تصادفی از درمان شناختی رفتاری مختصر (BCBT) در زنان اقدام کننده به خودکشی مورد بررسی قرار دهیم.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان اقدام کننده به خودکشی بوده که در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۹ در بخش مسمومیت های بیمارستان های خورشید و الزهرا در اصفهان بستری شدند.

با توجه به این که حجم نمونه پیشنهادی در پژوهش های مداخله ای حداقل ۱۰-۱۲ نفر است (اشنایدمن، ۱۹۹۹)؛ حجم پژوهش در هر گروه با احتساب ریزش ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

3. Safety plan

1. Brief Cognitive Behavioral Therapy

2. Crisis response plan

آزمودنی‌ها به صورت هدفمند و بر طبق ملاک‌های مورد نظر از میان بیماران انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات لازم در خصوص فرآیند پژوهش، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطرح شونده و همچنین دادن اطمینان خاطر در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و پس از جلب رضایت افراد، رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان هر دو گروه اخذ شد. افراد شرکت‌کننده، از نظر مشخصات همتا شده و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفره) قرار داده شدند. با توجه به اینکه رها کردن افراد با سابقه خودکشی غیر اخلاقی می‌باشد، لازم به ذکر است که افراد گروه گواه تحت نظر کادر روان‌پزشکی بیمارستان بوده و خدمات و برنامه ایمنی جهت آگاه‌سازی افراد و خانواده آنها بصورت روتین در بیمارستان صورت می‌گیرد (مداخلات روتین)، اما این افراد با توجه به ملاک ورود پژوهش از میان افرادی انتخاب شدند که با آگاهی کامل تمایلی به مصرف دارو نداشته‌اند، همچنین بعد از اتمام پژوهش از این افراد جهت شرکت در جلسات آموزشی در صورت تمایل دعوت به عمل آمد. از هر دو گروه پرسشنامه‌های مقرر شده، بصورت پیش‌آزمون بعمل آمد و بعد از انجام مداخله نیز پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه) صورت گرفت.

ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بود از: گزارش افکار خودکشی، داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت، مبتلا نبودن همزمان به اختلالات حاد روان پزشکی و جسمانی تأیید شده توسط متخصص، قرار داشتن در گروه سنی ۵۰-۱۸؛ سواد خواندن و نوشتن و نداشتن اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان (خودگزارشی).

ملاک‌های خروج نیز شامل: شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود. در این پژوهش پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها، درمان شناختی و رفتاری مختصر، بر روی گروه آزمایش، هفته‌ای دو جلسه، ۱۲ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای به صورت فردی و در کلینیک اجرا شد؛ گروه گواه در این فاصله آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون و یک ماه بعد مرحله پیگیری گرفته شد. داده‌ها با استفاده از آخرین نسخه نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شد. خلاصه جلسات آموزشی بر اساس روش ارائه شده توسط برایان و راد (۲۰۱۸) در جدول یک آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی درمان شناختی رفتاری مختصر

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف منزل
فاز اول ۱	معرفی، آشنایی، توضیح ساختار درمان و تعهد درمانی	آشنایی، ارزیابی خطر خودکشی، بررسی روایت بیمار، توضیح مراحل درمان و تعداد جلسات، معرفی دفترچه درمانی و کاربرد آن، بیانیه تعهد به درمان، آموزش مفهوم حالت خودکشی.	ثبت نکات آموخته شده در دفتر درمان و ثبت مراحل تصویری حالت خودکشی با توجه به شرایط شخصی.
فاز اول ۲	تنظیم هیجانات، غیرفعال کردن حالت خودکشی و مدیریت بحران	مرور تکالیف، ایجاد برنامه ایمنی: شناسایی علائم هشدار دهنده شخصی، شناسایی توان‌شهای خودمدیریتی و آموزش استراتژی‌های آن، شناسایی دوستان یا اعضای خانواده حامی و شناسایی خدمات بحرانی حرفه‌ای. مشاوره ایمنی در خصوص دسترسی بیمار به وسیله‌های کشنده.	تهیه یک برنامه ایمنی شخصی. برنامه‌ریزی در خصوص ایجاد ایمنی و معرفی افراد حمایت‌گر.
فاز اول ۳	تنظیم هیجانات، انعطاف شناختی و مدیریت بحران	مرور تکالیف، هدفمند کردن اختلال خواب و آموزش مهار محرک و بهداشت خواب. آموزش توانش‌های آرامش بخش، تنفس دیافراگمی، آرام‌سازی پیشرونده عضلات. شفاف‌سازی الگو جنگ یا پرواز.	برنامه ریزی جهت بهبود بهداشت خواب و تمرین روزانه روش‌های آرام‌سازی در شرایط استرس‌زا.
فاز اول ۴	تنظیم هیجانات، انعطاف شناختی و مدیریت بحران	مرور تکالیف، آموزش ذهن آگاهی و تعصب توجه، ارائه تمرینات ذهن آگاهی، تبیین مفهوم پذیرش، ارائه تمرینات جهت پاسخ آگاهانه و سازگار. شفاف‌سازی تفاوت ذهن آگاهی و سرکوب.	انجام تمرینات ذهن آگاهانه، تمرین حضور در حال و تمرکز بر حواس.
فاز اول ۵	کاهش سختی شناختی، تقویت انعطاف‌پذیری شناختی	مرور تکالیف، معرفی مفهوم دلایل زندگی و ایجاد درگیری عاطفی، آموزش استفاده از لیست دلایل زندگی و کیت بقا	تهیه لیست دلایل زندگی، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذتبخش و کیت بقا و مرور روزانه آن
فاز دوم ۶	تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی	مرور تکالیف، آموزش برای شناسایی افکار منفی خودکار از طریق استفاده از کاربرگ (ABC) در خصوص اپیزود خودکشی فرد. آموزش فن فلش رو به پایین،	تمرین در جهت تسلط بر توانش‌های آموزش داده شده جهت شناسایی افکار منفی و ثبت

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف منزل
فاز دوم	۷	تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی و انعطاف‌پذیری شناختی	تمرین توانش سؤالات چالش برانگیز و ثبت تصویری آن.
فاز دوم	۸	تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی	مرور تکالیف، آموزش نحوه شناسایی و برجسب‌گذاری انواع مختلف تحریفات شناختی از طریق استفاده از الگوهای کاربرگ تفکر مسئله‌مدار. (یک فعالیت نوشتاری مشترک)
فاز دوم	۹	تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی	مرور تکالیف، آموزش و مفهوم‌سازی برنامه‌ریزی فعالیت، بازبینی فعالیت.
فاز دوم	۱۰	تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی	مرور تکالیف، آموزش کارت‌های مقابله برای افزایش درگیر شدن فرد در فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار.
فاز سوم	۱۱-۱۲	پیشگیری از عود	بررسی کیفیت توانش‌ها و راهبردهای آموخته شده در درمان، آموزش مجدد در خصوص ضعف‌های موجود، وظیفه تصویرسازی توانش‌ها جهت استحکام مطالب آموخته شده و ادغام کلی مطالب

ب) ابزار

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده نسخه اول پرسشنامه افسردگی (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) بوده است و دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ است. دامنه نمرات بین (۰-۶۳) قرار دارد. نمره‌ی (۰-۱۳) دال بر عدم افسردگی، افسردگی خفیف (۱۴-۱۹)، افسردگی متوسط (۲۰-۲۸) و (۲۹-۳۶)، افسردگی شدید را نشان می‌دهد. بک و همکاران در پژوهش‌های صورت گرفته دریافتند که این آزمون از قابلیت اعتماد مطلوبی برخوردار است. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶)، همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۹۳ گزارش داد. این پرسشنامه در ایران با اجرا بر روی یک نمونه ۹۴ نفری، ضریب آلفا را ۰/۹۴، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ گزارش شده است (موتابی، فتی، مولودی، ضیائی و جعفری، ۱۳۹۰).

پرسشنامه افکار خودکشی بک^۲ (BSSI): این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط بک ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی می‌باشد و به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت افکار، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته‌ی گذشته تهیه شده است. در این

مقیاس نمره‌گذاری به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سؤال (۰-۲) می‌باشد. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه (۰-۳۸) قرار دارد. در این مقیاس نمره (۰-۵) وجود افکار خودکشی، نمره (۶-۱۹) آمادگی برای خودکشی و نمره (۲۰-۳۸)، قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد (بک و استیر، ۱۹۹۱). بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (بک و استیر، ۱۹۹۱). در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ بدست آمده، همچنین پایایی مقیاس بک با استفاده از روش آزمون - بازآزمون ۰/۵۴ بدست آمده است و نیز قابلیت اعتماد مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ می‌باشد (انیسی، فتحی‌آشتیانی، سلطانی‌نژاد و امیری، ۲۰۰۶).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳ (CERQ): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که توسط گرانفسکی، کریج و اسپین هاون (۲۰۰۱) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه می‌باشد. فرم ۱۸ سؤالی این پرسشنامه توسط گرانفسکی و کریج (۲۰۰۶) طراحی شد. حداقل و حداکثر نمره در هر زیر مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ می‌باشد. هر خرده مقیاس از چهار گویه تشکیل شده است و دامنه نمره هر خرده مقیاس از ۲ تا ۱۰ می‌باشد. از این نه خرده مقیاس پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، جمع نمرات پنج

3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

1. Beck Depression Inventory

2. Beck Suicide Scale Ideation

خرده مقیاس، نشخوار ذهنی، پذیرش، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیزپنداری، راهبردهای سازش‌یافته و جمع نمرات چهار خرده مقیاس توجه مثبت مجدد، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت، دیدگاه‌گیری راهبردهای سازش‌یافته را تشکیل می‌دهند. پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردها از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفا کرونباخ $0/80$ تأیید شد (گرانفسکی و کریج، ۲۰۰۶).

در پژوهش بشارت و بزازیان (۱۳۹۲)، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی پرسشنامه ۱۸ سؤالی در حد رضایت‌بخش بوده و ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسشنامه برای ۴۷۸ شرکت‌کننده بالای $0/80$ ارزیابی شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر و گروه گواه به ترتیب

$28/13 \pm 9/10$ و $28/60 \pm 9/13$ بود. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر و در گروه گواه دیپلم بود (به ترتیب $53/3$ درصد و $46/7$ درصد). در گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر، 20 درصد و در گروه گواه، $26/7$ درصد، تحصیلات سیکل داشتند؛ سایرین کارشناسی بودند.

از نظر وضعیت تأهلی، بیشترین مشارکت‌کننده در هر دو گروه، مجرد بودند (در گروه درمان شناختی - رفتاری، $66/7$ درصد و در گروه گواه، 60 درصد). $66/66$ درصد گروه گواه و گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر، خانه‌دار بودند و سایرین شاغل بودند. جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک مراحل نشان داده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری و گروه‌های پژوهشی

شاخص	نوبت اندازه‌گیری متغیر	میانگین		انحراف استاندارد		کمینه		بیشینه	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱. افسردگی	آزمایش	۲۹	۱۰	۷/۳۰۹	۳/۰۹۴	۳/۴۲۳	۱۰	۳۸	۱۶
	گواه	۲۷/۱۳۳	۲۵/۴۶۷	۶/۷۸۱	۸/۲۳۶	۸/۳۲۱	۲۱	۴۲	۴۱
۲. افکار خودکشی	آزمایش	۱۷/۶۶۷	۳/۲۰۰	۲/۹۳۳	۴/۲۵۳	۳/۸۴۰	۱۱	۲۴	۱۳
	گواه	۱۴/۷۳۳	۱۲/۸۰	۱۱/۹۳۳	۲/۹۶۳	۴/۸۷۶	۱۰	۱۹	۱۷
۳. سازش‌یافتگی	آزمایش	۱۸/۴۶۷	۳۵/۲۶۷	۳۴/۴۰۰	۳/۲۹۲	۲/۶۶۷	۱۳	۲۳	۴۱
	گواه	۲۰/۲۶۷	۲۱/۶۶۷	۲۱/۱۳۳	۳/۶۵۴	۵/۰۴۱	۱۲	۲۶	۲۸
۴. سازش‌نیافتگی	آزمایش	۳۰/۲۰۰	۱۶/۲۶۷	۱۶/۲۰۰	۴/۷۳۹	۲/۱۵۴	۲۳	۱۳	۲۲
	گواه	۲۷/۴۶۷	۲۷/۰۶۷	۲۶/۵۳۳	۴/۵۰۲	۴/۰۳۳	۲۱	۱۸	۳۶

بر اساس جدول ۲، بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهشی دو گروه در سه مرحله ارزیابی تفاوت‌هایی وجود دارد. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن و کرویت بررسی شدند. در بررسی نرمال بودن، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که آماره آزمون تنها در نمرات پس‌آزمون خودکشی، معنادار می‌باشد ($p < 0/01$) و در سایر متغیرها، نرمالیتی رعایت شده است؛ بر اساس قانون خدشه‌ناپذیری می‌توان از نتایج بررسی پیش

فرض خطی بودن حاکی از خطی بودن رابطه متغیرهای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده نمود. آزمون لوین در بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها برای سه مرحله بررسی شد که در مورد متغیرهای پژوهش، آماره لوین برای نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش، در دو گروه همگن بودند ($p > 0/01$)؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز تأیید شد.

نتایج بررسی پیش‌فرض خطی بودن حاکی از خطی بودن رابطه متغیرهای وابسته و همپراش بود. آزمون اثر پیلای، آزمون لامبدای ویلکز، آزمون اثر

هتلینگ و آزمون روی بزرگترین ریشه برای اثرات بین آزمودنی گروه ($F=27/747$) و برای اثرات درون آزمودنی زمان ($F=30/559$) و تعامل ($F=23/804$) به دست آمد که همگی معنادار هستند ($p<0/01$). در نهایت، آزمون کرویت ماچلی در بررسی کرویت نشان داد برای دو متغیر افکار خودکشی و راهبرد تنظیم هیجانی سازش نیافته پیش فرض کرویت رد می شود ($p<0/01$)؛ که برای اصلاح درجات آزادی از آزمون گرینهاوس گیسر استفاده شد؛ برای سایر متغیرهای پژوهش این پیش فرض پذیرفته می شود ($p>0/01$).

در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، نمایش داده شده است که به بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی پرداخته است. بر اساس نتایج جدول ۲، اثر زمان، معنادار شده است ($p<0/01$)، بنابراین میانگین متغیرهای پژوهش در سه مرحله ارزیابی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت دارند. بر اساس نتایج، بین زمان و گروه، تعامل وجود دارد ($p<0/01$)؛ یعنی میانگین متغیرهای پژوهشی بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، در گروه درمان شناختی - رفتاری و گواه، تفاوت دارند. در بررسی اثر گروه، با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری، میانگین متغیرهای پژوهشی در دو گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر و گواه، تفاوت معناداری دارند ($p<0/01$).

وابسته و همپراش بود. آزمون اثر پیلای، آزمون لامبدای ویلکز، آزمون اثر هتلینگ و آزمون روی بزرگترین ریشه برای اثرات بین آزمودنی گروه ($F=27/747$) و برای اثرات درون آزمودنی زمان ($F=30/559$) و تعامل

($F=23/804$) به دست آمد که همگی معنادار هستند ($p<0/01$). در نهایت، آزمون کرویت ماچلی در بررسی کرویت نشان داد برای دو متغیر افکار خودکشی و راهبرد تنظیم هیجانی سازش نیافته پیش فرض کرویت رد می شود ($p<0/01$)؛ که برای اصلاح درجات آزادی از آزمون گرینهاوس گیسر استفاده شد؛ برای سایر متغیرهای پژوهش این پیش فرض پذیرفته می شود ($p>0/01$).

پس از بررسی پیش فرض ها، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای سه مرحله ارزیابی در دو گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر و گواه در جدول ۲ گزارش شده است.

پس از بررسی پیش فرض ها، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای سه مرحله ارزیابی در دو گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر و گواه در جدول ۳ گزارش شده است.

توان آزمون در مورد متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۹۸ گزارش شده است؛ که بررسی نتیجه توان آزمون حاکی از قابلیت تبیین تفاوت های درون آزمودنی و بین آزمودنی است. میزان تبیین این تفاوت ها در ستون اندازه اثر نشان داده شده است؛ تأثیر درمان بر متغیرهای پژوهش بر افسردگی، افکار خودکشی، راهبرد تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته، به ترتیب ۴۵، ۴۱، ۷۲ و ۵۴ درصد می باشد. به منظور واکاوی بهتر تفاوت های گروهی در زمان های ارزیابی، از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر متغیرهای پژوهشی مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

عنوان	متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
-	افسردگی	درون آزمودنی	زمان	۲۱۱۵/۰۸۹	۲	۱۰۵۷/۵۴۴	۵۹/۳۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۰	۱
		تعامل	زمان	۱۵۱۹/۷۵۶	۲	۷۵۹/۸۷۸	۴۲/۶۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۴	۱
		بین آزمودنی	گروه	۲۱۴۱/۳۴۴	۱	۲۱۴۱/۳۴۴	۲۲/۹۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۱	۰/۹۹۶
-	افکار خودکشی	درون آزمودنی	زمان	۱۴۴۴/۱۵۶	۱/۴۵۲	۹۹۴/۶۳۳	۸۵/۵۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۳	۱
		تعامل	زمان	۴۷۹/۶۲۲	۱/۴۵۲	۵۱۶/۲۸۷	۴۴/۳۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۳	۱
		بین آزمودنی	گروه	۶۱۳/۶۱۱	۱	۶۱۳/۶۱۱	۱۹/۷۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۹۰
سازش یافتگی	سازش یافتگی	درون آزمودنی	زمان	۱۵۳۸/۶۰۰	۲	۷۶۹/۳۰۰	۹۱/۰۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۵	۱
		تعامل	زمان	۱۱۶۰/۶۸۹	۲	۵۸۰/۳۴۴	۶۸/۶۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۰	۱
		بین آزمودنی	گروه	۱۵۷۰/۸۴۴	۱	۱۵۷۰/۸۴۴	۷۱/۹۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۱
سازش نیافتگی	سازش نیافتگی	درون آزمودنی	زمان	۱۰۷۲/۰۲۲	۱/۵۰۱	۷۱۴/۲۵۲	۵۶/۵۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۱
		تعامل	زمان	۸۸۵/۲۶۷	۱/۵۰۱	۵۸۹/۸۲۳	۴۶/۷۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۵	۱
		بین آزمودنی	گروه	۸۴۶/۴۰۰	۱	۸۴۶/۴۰۰	۳۳/۴۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۱

جدول ۴. مقایسه زوجی بین گروه‌های آزمایش و گواه در هریک از مراحل سنجش

مقیاس	متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها		
							سطح معناداری	حد پایین	حد بالا
-	افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	گواه	۱/۸۶۷	۲/۵۷۴	۰/۴۷۴	۳/۴۰۷	۷/۱۴۰
		پس‌آزمون	آزمایش	گواه	-۱۵/۴۶۷	۲/۲۷۲	<۰/۰۰۱	-۲۰/۱۲۰	-۱۰/۸۱۳
		پیگیری	آزمایش	گواه	-۱۵/۶۶۷	۲/۳۲۳	<۰/۰۰۱	-۲۰/۴۲۵	-۱۰/۹۰۸
-	افکار خودکشی	پیش‌آزمون	آزمایش	گواه	۲/۹۳۳	۱/۳۳۹	۰/۰۳۷	۰/۱۹۱	۵/۶۷۵
		پس‌آزمون	آزمایش	گواه	-۹/۶۰۰	۱/۵۲۳	<۰/۰۰۱	-۱۲/۷۱۹	-۶/۴۸۱
		پیگیری	آزمایش	گواه	-۹/۰۰۰	۱/۵۱۲	<۰/۰۰۱	-۱۲/۰۹۶	-۵/۹۰۴
بازسازی	سازش‌یافتگی	پیش‌آزمون	آزمایش	گواه	-۱/۸۰۰	۱/۲۷۰	۰/۱۶۷	-۴/۴۰۱	۰/۸۰۱
		پس‌آزمون	آزمایش	گواه	۱۳/۶۰۰	۱/۱۷۶	<۰/۰۰۱	۱۱/۱۹۲	۱۶/۰۰۸
		پیگیری	آزمایش	گواه	۱۳/۲۶۷	۱/۴۷۲	<۰/۰۰۱	۱۰/۲۵۰	۱۶/۲۸۳
بازسازی	سازش‌نیافتگی	پیش‌آزمون	آزمایش	گواه	۲/۷۳۳	۱/۶۸۸	۰/۱۱۷	-۰/۷۲۴	۶/۱۹۰
		پس‌آزمون	آزمایش	گواه	-۱۰/۸۰۰	۱/۲۷۶	<۰/۰۰۱	-۱۳/۴۱۴	-۸/۱۸۶
		پیگیری	آزمایش	گواه	-۱۰/۳۳۳	۱/۱۹۵	<۰/۰۰۱	-۱۲/۷۸۲	-۷/۸۸۴

راهنما: در جدول روابط غیرمعنادار سایه زده شده‌اند.

جدول ۵. مقایسه زوجی بین مراحل سنجش در هریک از گروه‌های آزمایش و گواه

عنوان	متغیر	گروه	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها
							حد پایین	حد بالا
افسردگی		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۹	۱/۷۷۵	<۰/۰۰۱	۱۴/۴۸۰	۲۳/۵۲۰
		آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹	۱/۵۲۹	<۰/۰۰۱	۱۵/۱۰۷	۲۲/۸۹۳
		پس‌آزمون	پیگیری	<۰/۰۰۱	۱/۲۷۸	۱	-۳/۲۵۵	۳/۲۵۵
گواه		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۶۷	۱/۷۷۵	۱	-۲/۸۵۳	۶/۱۸۷
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۴۶۷	۱/۵۲۹	۱	-۲/۴۲۷	۵/۳۶۰
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۰۰	۱/۲۷۸	۱	-۳/۴۵۵	۳/۰۵۵
آزمایش		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۴/۴۶۷	۱/۲۴۳	<۰/۰۰۱	۱۱/۳۰۲	۱۷/۶۳۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱۴/۷۳۳	۱/۱۸۱	<۰/۰۰۱	۱۱/۷۲۷	۱۷/۷۴۰
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۶۶۳	۱	-۱/۴۲۲	۱/۹۵۵
افکار خودکشی		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۳۳	۱/۲۴۳	۰/۳۹۳	-۱/۲۳۱	۵/۰۹۸
		پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۸۰۰	۱/۱۸۱	۰/۰۷۴	-۰/۲۰۶	۵/۸۰۶
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۶۷	۰/۶۶۳	۰/۶۰۶	-۰/۸۲۲	۲/۵۵۵
آزمایش		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۶/۸۰۰	۰/۹۸۶	<۰/۰۰۱	-۱۹/۳۱۰	-۱۴/۲۹۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۵/۹۳۳	۱/۱۴۵	<۰/۰۰۱	-۱۸/۸۴۹	-۱۳/۰۸۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۶۷	۱/۰۴۸	۱	-۱/۸۰۳	۳/۵۳۶
سازش‌یافتگی		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۴۰۰	۰/۹۸۶	۰/۵۰۰	-۳/۹۱۰	۱/۱۱۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۶۷	۱/۱۴۵	۱	-۳/۷۸۲	۲/۰۴۹
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳۳	۱/۰۴۸	۱	-۲/۱۳۶	۳/۲۰۳
آزمایش		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۳/۹۳۳	۱/۰۴۳	<۰/۰۰۱	۱۱/۲۷۸	۱۶/۵۸۸
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱۴/۰۰۰	۱/۴۰۱	<۰/۰۰۱	۱۰/۴۳۱	۱۷/۵۶۹
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۸۶۰	۱	-۲/۱۲۳	۲/۲۵۷
سازش‌نیافتگی		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴۰۰	۱/۰۴۳	۱	-۲/۲۵۵	۳/۰۵۵
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۹۳۳	۱/۴۰۱	۱	-۲/۶۳۵	۴/۵۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳۳	۰/۸۶۰	۱	-۱/۶۵۷	۲/۷۲۳

راهنما: در جدول روابط غیرمعنادار سایه زده شده‌اند.

بر اساس جدول ۴، پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش، در دو گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر و گواه، تفاوتی ندارند ($p > 0/01$)؛ متغیرها در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت گروهی معناداری نشان داده‌اند ($p < 0/01$)؛ این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری مختصر بر متغیرهای پژوهش، تأثیر داشته است و تفاوت‌های گروهی در پس‌آزمون و پیگیری، وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون بونفرونی در بررسی تفاوت‌های زوجی مراحل ارزیابی در هریک از گروه‌های درمان و گواه در جدول ۵ گزارش شده است.

بر اساس جدول ۵، در گروه درمان شناختی - رفتاری مختصر بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مراحل پیش‌آزمون با پیگیری، در میانگین نمرات متغیرهای پژوهشی، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). اما بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش، در پس‌آزمون با پیگیری تفاوتی گزارش نشده است ($p > 0/01$). در گروه گواه نیز، در مقایسه‌های زوجی سه‌گانه، تفاوت معناداری یافت نشده است ($p > 0/01$). مقایسه تفاوت گروهی میانگین‌های متغیرهای پژوهشی در هر مرحله ارزیابی (جدول ۳) و مقایسه زوجی مراحل ارزیابی در هر گروه پژوهشی (جدول ۴) و بررسی میانگین‌ها (جدول ۱) نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری مختصر عامل کاهش افسردگی، افکار خودکشی، راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌نا یافته و عاملی در جهت افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی سازش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام‌کننده به خودکشی در شهر اصفهان صورت گرفت. نتایج نشان داد که این درمان افزایش معناداری در سازش یافتگی افراد در پایان مداخله داشته و نتایج در دوره پیگیری یک ماهه ثبات داشته است.

برای اینکه یک درمان کاربرد عملی داشته باشد، تأثیر راهبردها بر عوامل خطری که انگیزه‌های اساسی برای خودکشی را تشکیل می‌دهند ضروری است. هرچند عوامل خطر، ضمن اینکه احتمال وقوع خودکشی را بیشتر می‌کند، خود توضیحی نیستند که چرا شخصی خودکشی کرده است (میر و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش حاضر نشان داد که این درمان بر کاهش شدت علائم افسردگی در این افراد مؤثر بوده است. این یافته با نتایج مطالعه بیشاپ و پایجون (۲۰۲۱)، تانکا و همکاران (۲۰۱۹) و پایجن و همکاران (۲۰۱۷)، همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ساختار درمان شناختی رفتاری مختصر با استفاده از یک رویکرد مرحله‌ای و بر پایه مدل آسیب‌پذیری سیال^۱ (FVT) خودکشی است و با تمرکز بر ایجاد تغییر در سبک شناختی و ایجاد بینش نسبت به سوگیری‌های شناختی و درک ارتباط افکار، هیجانات و رفتار، منجر به بهبود فرآیند شکل‌گیری علائم افسردگی در افراد می‌گردد (برایان و راد، ۲۰۱۸؛ برایان، راد و پترسون، یانگ، مک کافان و وتن برگر، ۲۰۱۶).

مطابق با این مدل، باورهای هسته‌ای خودکشی از جمله عدم اشتیاق، سنگینی ادراک شده، نفرت از خود، درک نقص و شرم در طولانی مدت، آسیب‌پذیری مداوم در برابر اقدامات انتحاری را موجب می‌شود و بر طبق پژوهش‌ها این باورها اقدام به خودکشی در آینده را بهتر از افکار خودکشی، سابقه اقدام به خودکشی و پریشانی عاطفی پیش‌بینی می‌کند (برایان و راد، ۲۰۱۵؛ کانزله و همکاران، ۲۰۱۲ و برایان و کلرمن، ۲۰۱۲).

همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کاهش شدت افسردگی به طور قابل توجهی با اصلاح عقاید و نحوه تفکر همراه است که از نظریه آسیب‌پذیری سیال پشتیبانی می‌کنند (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۶۲-۶۱).

در واقع سوگیری‌های شناختی با خطر افکار و اقدام به خودکشی در آینده همراه است (چا و همکاران، ۲۰۱۰؛ ناک و همکاران، ۲۰۱۰). به منظور هدف قرار دادن مؤثر این آسیب‌پذیری‌های شناختی، بیماران ابتدا باید بیاموزند که چگونه این باورها را شناسایی کرده و تأثیر اتوماتیک آنها را در عواطف و اعمالشان تشخیص دهند. بنابراین تمرکز بر ارزیابی مجدد شناختی یک توانش متداول در بین درمان‌های موفق است که تلاش‌های خودکشی را کاهش می‌دهند (راد و همکاران، ۲۰۱۵؛ لینهان، ۲۰۰۶).

این درمان نیز در فاز دوم بر ایجاد این مهارت متمرکز است و با دادن تمرینات شناختی چون فلش رو به پایین، کاربرگ‌های ABC، برگه سؤالات چالش برانگیز و کاربرگ تفکر مسئله‌مدار بر توانمندسازی بیمار در این خصوص تأکید دارد. همچنین در حوزه رفتاری، این درمان با قرار

¹. Fluid vulnerability theory (FVT)

دادن تمرینات رفتاری فعال‌سازی و بازبینی فعالیت و برنامه‌ریزی، سعی در بهبود علایم افسردگی در این افراد دارد (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۱۸۹). در ادامه نتایج این پژوهش بیانگر تأثیر این درمان بر کاهش افکار خودکشی بوده است. این یافته با نتایج مطالعات سینیور و همکاران (۲۰۲۰)، لی و همکاران (۲۰۲۰)، ایچر و همکاران (۲۰۱۹)، برایان، رازک، باتر و راد (۲۰۱۹) و نیز مطالعه برایان و رازک (۲۰۱۸) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، هنگامی که حالت خودکشی توسط یک عامل استرس‌زا تحریک شود، سیستم اعتقاد به خودکشی فعال می‌شود که می‌تواند شامل افکار فعال مرگ و ناامیدی باشد. همانطور که اشاره شد مدل آسیب‌پذیری سیال یک چارچوب شناختی رفتاری برای مفهوم‌سازی حالت‌های خودکشی است که براساس نظریه حالت کلی‌تر روانشناسی بیماری بک بنا شده است. این درمان در فاز اول به روشی توالی می‌شود که درک عمیقی از پیدایش حالت خودکشی را ترویج می‌کند و بر غیرفعال کردن آن متمرکز است، بنابراین عوامل خطر و محافظ از لحاظ ساختاری با استفاده از مفهوم حالت خودکشی (شناختی، رفتاری، عاطفی، فیزیکی) برای بیمار شفاف‌سازی می‌شود که در ایجاد انعطاف شناختی و احساس خودکارآمدی بیمار نقش مهمی دارد (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۱۰).

در این مدل باور بر این است که سیستم اعتقاد به خودکشی نشانگر بروز آسیب‌پذیری روانی در دو مکانیسم اساسی در رفتار خودکشی است: عدم انعطاف‌پذیری شناختی و نقص در تنظیم هیجانات. بنابراین هر دو این مکانیسم‌ها باید به اندازه کافی هدفمند شوند تا از انتقال فکر خودکشی به عمل جلوگیری شود و تمرکز فقط روی یک (یا چند مؤلفه) سیستم اعتقاد به خودکشی ممکن است ناکافی باشد (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۱۷۶).

در واقع نقص در انعطاف‌پذیری شناختی، عملکرد اجرایی و توانایی تولید سریع راه‌حل‌های بالقوه برای مشکلات را مختل می‌کند. بنابراین در فاز اول این درمان بیمار می‌آموزد که چگونه حالت‌های عاطفی مثبت را استخراج کند و به یاد آورد که چرا می‌خواهد زندگی خود را ادامه دهد و این مهم از طریق تکنیک‌هایی چون لیست دلایل زندگی، کیت بقا و تمرینات ذهن آگاهی فراهم می‌شود.

هدف اصلی استفاده از لیست دلایل زندگی و کیت بقا افزایش انعطاف‌پذیری شناختی با تضعیف تمایل بیمار برای تمرکز بر افکار مربوط به مرگ و خودکشی و القاء حالات احساسی مثبت در فرد می‌باشد (باتاملی، ۲۰۱۹؛

برایان و راد، ۲۰۱۸). کیت بقا از طریق دو استراتژی خاص مهارت‌های حفظ خود در شرایط بحران را تسهیل می‌کند: به بیمار می‌آموزد که چگونه تمرکز خود را بر روی حالت عاطفی مثبت حفظ کند و این امکان را فراهم می‌کند که فرد این تجربه را با شخص دیگری به اشتراک بگذارد (کوآیدباچ و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین این درمان از طریق آموزش پذیرش ذهن آگاهانه و تمرینات جهت تمرکز و زندگی در حال به جای درگیر شدن در گذشته و افکار منفی، سبب بهبود توجه به نکات امیدوارانه و مثبت زندگی فرد می‌شود و فرآیندهای شناختی جدید تسهیل شده و فرد حالات عاطفی مثبت را که منجر به دوری از افکار منفی می‌شود تجربه خواهد کرد (برایان و راد، ۲۰۱۸). تمرینات ذهن آگاهانه نیز یکی از ترکیبات متداول درمان‌هایی است که بطور مؤثر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد (لینهان، ۱۹۹۳؛ کاتز و همکاران، ۲۰۰۴؛ میکولیتز و همکاران، ۲۰۰۹؛ راد و همکاران، ۲۰۱۵ و جابر و همکاران، ۲۰۱۹).

از سویی دیگر، یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان شناختی و رفتاری مختصر بر افزایش راهبردهای سازش‌یافته و کاهش راهبردهای سازش نایافته در تنظیم شناختی هیجان مؤثر می‌باشد که این یافته با نتایج مطالعاتی چون (رابرگ و همکاران، ۲۰۱۹ و برایان، پترسون و راد، ۲۰۱۸) همسو می‌باشد.

در حوزه رفتاری حالت خودکشی، عوامل خطر ساز اصلی شامل نقص مهارت در زمینه‌های تحمل پریشانی و تنظیم هیجان هستند که هر یک احتمال مقابله ناسازگار در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا و تحریک‌کننده حوادث را افزایش می‌دهد و این درمان در فاز اول، مستقیماً نقایص این توانش‌ها را هدف قرار می‌دهد (برایان، پترسون و راد، ۲۰۱۸).

یک مؤلفه اصلی این درمان برنامه ایمنی است که هدف اصلی آن کمک به فرآیند تصمیم‌گیری بیمار در دوره‌های حاد پریشانی عاطفی و اختلال در حل مسئله است. این برنامه منحصر به فرد است زیرا یک رویکرد منظم و جامع برای حفظ ایمنی در بیماران خودکشی است و بهترین روش مداخله کوتاه مدت است که شامل استراتژی‌های کاهش خطر خودکشی و ایجاد مهارت‌های حل مسئله و کنترل هیجان، افزایش حمایت اجتماعی و شناسایی تماس‌های اضطراری برای استفاده در هنگام بحران بوده و به عنوان یک نقشه راه عمل می‌کند که توالی گام‌هایی را که باید در هنگام بحران

برداشته شود تشریح می‌کند و در نتیجه فروپاشی حل مسئله و عدم مهار هیجان که در هنگام بحران‌های حاد رخ می‌دهد، خنثی می‌شود و در اصل، گزینه‌های جایگزین را برای بیمار ترسیم می‌کند و آموزش توانش مذکور باعث تحمل پریشانی، تنظیم هیجانات و مدیریت خود خواهد شد (بروسکی، فینر و استنلی، ۲۰۱۸؛ برایان، میتز، اسلمن، لیسون و بارچ، ۲۰۱۷ و استنلی و براون، ۲۰۱۲).

همچنین توانش‌های آرامش بخشی و بازآموزی تنفسی برای مدیریت برانگیختگی فیزیولوژیکی در زمان هیجان در برنامه درمانی قرار داده شده است. همانطور که پیشتر اشاره شد، توانش‌های ذهن آگاهی^۱ علاوه بر ایجاد توانمندی در انعطاف شناختی، در جهت مدیریت نشخوارهای فکری منجر به واکنش‌پذیری هیجانی سازش‌نا یافته بیمار نیز تأثیرگذار است. ذهن آگاهی روشی است که به بیماران می‌آموزد که چگونه از افکار خود، تجربیات روانشناختی داخلی و رفتارهای خود، آگاهی بیشتری پیدا کنند و این امکان را برای فرد فراهم می‌کند که حالت‌های داخلی را بدون قضاوت تجربه کنند و از این طریق پاسخی آگاهانه و سازگار را فراهم کنند (کرن، ۲۰۱۷). بنابراین آنها قادر خواهند شد تا پاسخ‌های سازش‌یافته‌تری مانند کم اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی را جایگزین راهبردهای سازش‌نا یافته مانند خودسرزنش‌گری، فاجعه‌پنداری و نشخوار فکری نمایند و در نتیجه فعال شدن پاسخ‌های هیجان‌مدار کاهش می‌یابد. ذهن آگاهی این مهم را نه با کاهش وضعیت درونی منفی (مثلاً افسردگی)، بلکه با گسترش آگاهی فرد به گونه‌ای که حالت درونی منفی دیگر تمام یا بیشتر توجه او را از بین نبرد، انجام می‌دهد. بنابراین ذهن آگاهی مسئله را برطرف نمی‌کند، اما بیمار را قادر می‌سازد تا مشکل را در یک زمینه بزرگتر قرار دهد، در نتیجه آن را هم از نظر ذهنی و هم از نظر رفتاری قابل کنترل می‌کند (برایان و راد، ۲۰۱۸، ص. ۱۶۸-۱۶۷).

در واقع تمرینات ذهن آگاهی با افزایش انعطاف شناختی فرد بر روی سبک پاسخ‌دهی رفتاری بیمار نیز تأثیرگذار است بنابراین بجای این که افراد بر

اساس تجارب قبلی، واکنش نشان بدهند، سعی می‌کنند که هر بار به رویدادها به شیوه‌ی جدید پاسخ دهند؛ به خود باور داشته باشند و خود را همانگونه که هستند بپذیرند و واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک کنند، خودکارآمدی زیادی در مواجهه با تفکرات و هیجانات منفی پیدا می‌کنند، به رویدادها با مدیریت بیشتری پاسخ می‌دهند و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، به احساس خودکارآمدی بالاتری دست پیدا می‌کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی اشاره کرد. برای بررسی تأثیر دراز مدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا قابلیت اعتماد این روش درمانی با اطمینان بالاتری برآورده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود واحدهای روانشناسی و مشاوره در سازمان‌های بهداشتی و درمانی در جلسات مشاوره فردی و گروهی از این درمان در جهت افزایش سازش‌یافتگی افراد اقدام کننده به خودکشی استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان با کد فعالیت IR.UI.REC. 1399.011 و تاریخ تصویب پروپوزال ۱۳۹۹/۲/۸ می‌باشد. همچنین مجوزهای مربوطه به پژوهش در جامعه آماری از طرف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صادر شده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم استادان مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و نیز کادر بیمارستان‌های خورشید و الزهرا که در انجام این تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

¹. Mindfulness

References

- Abdollahi, A., & Carlbring, P. (2017). Coping style as a moderator of perfectionism and suicidal ideation among undergraduate students. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(3): 223-239. [Link]
- Abdollahi, A., Talib, M. A., Yaacob, S. N., & Ismail, Z. (2016). Problem-solving skills and suicidal ideation among Malaysian college students: The mediating role of hopelessness. *Academic Psychiatry*, 40(2): 261-267. [Link]
- Anisi, J., Fathi-Ashtiani, A., Soltaninezhad, A., & Amiri, M. (2006). Prevalence of suicide ideation and related factors among troops. *Mil Med Journal*, 8 (2): 113-118. [Link]
- Azadi, S., Khosravani, V., King, S., Mohammadzadeh, A., & Baseri, A. (2020). Effects of Neuropsychological Systems on Psychopathology through Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Suicide Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 229-239. [Link]
- Bakhtar, M., & Rezaeian, M. (2017). The prevalence of suicide thoughts and attempted suicide plus their risk factors among Iranian students: a systematic review study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 15(11), 1061-1076. [Link]
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, 2n ed.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation. [Link]
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck scale for suicide ideation. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*, 63. [Link]
- Bishop, T. M., & Pigeon, W. R. (2021). Case Study: Brief CBT-I and Medication Taper with a Veteran Experiencing Insomnia and Suicidal Ideation. In *Sleep Disorders in Selected Psychiatric Settings* (pp. 9-17). Springer, Cham. [Link]
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in psychiatry*, 9, 33. [Link]
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563-570. [Link]
- Bryan, C. J., Clemans, T. A., & Hernandez, A. M. (2012). Perceived burdensomeness, fearlessness of death, and suicidality among deployed military personnel. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 374-379. [Link]
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. Guilford Publications. [Link]
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). Nonlinear change processes during psychotherapy characterize patients who have made multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(4), 386-400. [Link]
- Bryan, C. J., Rudd, M. D., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., & Wertenberger, E. G. (2016). The ebb and flow of the wish to live and the wish to die among suicidal military personnel. *Journal of Affective Disorders*, 202, 58-66. [Link]
- Bryan, C. J., Rudd, M. D., Wertenberger, E., Young-McCaughan, S., & Peterson, A. (2015). Nonsuicidal self-injury as a prospective predictor of suicide attempts in a clinical sample of military personnel. *Comprehensive psychiatry*, 59, 1-7. [Link]
- Bryan, C. J., & Rozek, D. C. (2018). Suicide prevention in the military: A mechanistic perspective. *Current opinion in psychology*, 22, 27-32. [Link]
- Bryan, C. J., Rozek, D. C., Butner, J., & Rudd, M. D. (2019). Patterns of change in suicide ideation signal the recurrence of suicide attempts among high-risk psychiatric outpatients. *Behaviour research and therapy*, 120, 103392. [Link]
- Bryan, C. J., Peterson, A. L., & Rudd, M. D. (2018). Differential effects of brief CBT versus treatment as usual on posttreatment suicide attempts among groups of suicidal patients. *Psychiatric services*, 69(6), 703-709. [Link]
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., ... Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72. [Link]
- Bottomley, J. S. (2019). Bryan, CJ, & Rudd, MD (2018). Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) for Suicide Prevention. [Link]
- Cha, C. B., Najmi, S., Park, J. M., Finn, C. T., & Nock, M. K. (2010). Attentional bias toward suicide-related stimuli predicts suicidal behavior. *Journal of abnormal psychology*, 119(3), 616. [Link]
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Routledge. [Link]
- Diefenbach, G. J., Rudd, M. D., Merling, L. F., Davies, C., Katz, B. W., & Tolin, D. F. (2020). Brief cognitive-behavioral therapy for suicidal inpatients. *Cognitive and Behavioral Practice*. [Link]

- Ecker, A. H., Johnson, A. L., Sansgiry, S., Fletcher, T. L., Hundt, N., Petersen, N. J. ... & Kunik, M. E. (2019). Brief cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in veterans with chronic illnesses. *General hospital psychiatry*, 58, 27-32. [Link]
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International journal of cognitive therapy*, 1(3): 192-205. [Link]
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053. [Link]
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. [Link]
- Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry research*, 271, 230-238. [Link]
- Hofstra, E., Van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2019). Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*. [Link]
- Heffer, T., & Willoughby, T. (2018). The role of emotion dysregulation: A longitudinal investigation of the interpersonal theory of suicide. *Psychiatry research*, 260, 379-383. [Link]
- Jobes, D. A., Vergara, G. A., Lanzillo, E. C., & Ridge-Anderson, A. (2019). The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions. *Children's Health Care*, 48(4): 444-468. [Link]
- Kanzler, K. E., Bryan, C. J., McGeary, D. D., & Morrow, C. E. (2012). Suicidal ideation and perceived burdensomeness in patients with chronic pain. *Pain Practice*, 12(8), 602-609. [Link]
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282. [Link]
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-330. [Link]
- Korkmaz, S., Keleş, D. D., Kazgan, A., Baykara, S., Gürok, M. G., Demir, C. F., & Atmaca, M. (2020). Emotional intelligence and problem solving skills in individuals who attempted suicide. *Journal of Clinical Neuroscience*. [Link]
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F. P., Amor, P. J., & Domínguez-Sánchez, F. J. (2019). Profiles of cognitive emotion regulation and their association with emotional traits. *Clinical and Health*, 30(1), 33-39. [Link]
- Lee, D. J., Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2020). Longitudinal suicide ideation trajectories in a clinical trial of brief CBT for US military personnel recently discharged from psychiatric hospitalization. *Psychiatry research*, 293, 113335. [Link]
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D. F., Ping, F. ... & Jia, C. X. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PloS One*, 14(7), e0217372. [Link]
- Linehan, M. M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder: Guilford Press. [Link]
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766. [Link]
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480. [Link]
- McManus, S., Bebbington, P. E., Jenkins, R., & Brugha, T. (2016). *Mental Health and Wellbeing in England: the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. NHS digital. [Link]
- Meyer, C. L., Irani, T., Hermes, K. A., & Yung, B. (2017). *Explaining suicide: Patterns, motivations, and what notes reveal*: Academic Press. [Link]
- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Fennell, M. J. V., Dimidjian, S., et al. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 373-382. [Link]
- Morrison, K. S., & Hopkins, R. (2019). Cultural identity, Africultural coping strategies, and depression as predictors of suicidal ideations and attempts among African American female college students. *Journal of Black psychology*, 45(1), 3-25. [Link]
- Motabi, F., Fata, L., Moloodi, R., Ziai, K., Jafari, H. (2011). Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(3): 208-217. [Link]

- National Institute of Mental Health. (April, 2019). *Suicide Statistics*. Accessed at <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml> on 8/30/19. [Link]
- Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J., & Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science*, 21, 511–517. [Link]
- O'Brien, R. W., & Tomoyasu, N. (2021). Women and suicide: Moving forward on a troubling problem. *Medical care*, 59, S4-S5. [Link]
- Ong, E. (2018). *The cognitive and neural basis of suicide: investigating factors that help to identify individuals at risk*. University of Salford ,913-918. [Link]
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and individual differences*, 49(5), 368-373. [Link]
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 39, 58-62. [Link]
- Roberge, E. M., Bryan, C. J., Peterson, A., & Rudd, M. D. (2019). Variables associated with reductions in insomnia severity among acutely suicidal patients receiving brief cognitive behavioral therapy for suicide prevention. *Journal of affective disorders*, 252, 230-236. [Link]
- Rojas, S. M., Gold, S. D., Bryan, C. J., Pruitt, L. D., Felker, B. L., & Reger, M. A. (2021). Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (BCBT-SP) via Video Telehealth: A Case Example during the COVID-19 Outbreak. *Cognitive and Behavioral Practice*. [Link]
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J. ... & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American journal of psychiatry*, 172(5), 441-449. [Link]
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. Guilford Press. [Link]
- Sadri Damirchi, E., Zakibakhsh Mohammadi, N., Amir, B., & Mohammad, S. (2019). The role of thwarted belongingness, perceived burdensomeness, self-efficacy and ego strength in predicting suicidal ideation of nurses. *Health in Emergencies and Disasters*, 4(2): 85-92. [Link]
- Sanderson, M., Bulloch, A. G., Wang, J., Williams, K. G., Williamson, T., & Patten, S. B. (2020). Predicting death by suicide following an emergency department visit for parasuicide with administrative health care system data and machine learning. *EClinicalMedicine*, 100281. [Link]
- Shamsaei, F., Yaghmaei, S., & Haghighi, M. (2020). Exploring the lived experiences of the suicide attempt survivors: a phenomenological approach. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1745478. [Link]
- Siegmann, P., Willutzki, U., Fritsch, N., Nyhuis, P., Wolter, M., & Teismann, T. (2019). Positive mental health as a moderator of the association between risk factors and suicide ideation/behavior in psychiatric inpatients. *Psychiatry research*, 273, 678-684. [Link]
- Sinyor, M., Williams, M., Mitchell, R., Zaheer, R., Bryan, C. J., Schaffer, A. ... & Tien, H. (2020). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention in youth admitted to hospital following an episode of self-harm: a pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 266, 686-694. [Link]
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2): 256-264. [Link]
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, 32(1), 77-108. [Link]
- Wetherall, K., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2019). Social rank theory of depression: A systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. *Journal of affective disorders*, 246, 300-319. [Link]
- Yen, S., Spirito, A., Weinstock, L. M., Tezanos, K., Kolobaric, A., & Miller, I. (2019). Coping long term with active suicide in adolescents: Results from a pilot randomized controlled trial. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(4): 847-859. [Link]
- Ziaei, R., Viitasara, E., Soares, J., Sadeghi-Bazarghani, H., Dastgiri, S., Zeinalzadeh, A. H. Mohammadi, R. (2017). Suicidal ideation and its correlates among high school students in Iran: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 17(1): 147. [Link]