

## مقاله اصلی

# اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر آشفته‌گی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۰

### خلاصه

**مقدمه:** مشکلات مربوط به هویت‌یابی، آسیب‌های روانی و هیجانی و در نهایت بروز افسردگی بعضی از نوجوانان را با افکار خودکشی مواجه می‌سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر آشفته‌گی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای افکار خودکشی شهر اصفهان بود که در فصل بهار سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه نموده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۶ نوجوان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۸ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۸ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را طی ده هفته در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه آشفته‌گی روان‌شناختی (EDQ)، پرسشنامه تکانشگری (IQ) و پرسشنامه افکار خودکشی (STQ) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر آشفته‌گی روان‌شناختی ( $P < 0/0001$ )؛ تکانشگری ( $F = 66/53$ ;  $\eta^2 = 0/66$ ) و تکانشگری ( $F = 59/52$ ;  $\eta^2 = 0/63$ ;  $P < 0/0001$ ) نوجوانان دارای افکار خودکشی تأثیر معنادار داشته و توانسته آشفته‌گی روان‌شناختی و تکانشگری این نوجوانان را در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش دهد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با استفاده از آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و تکنیک‌های شناختی و تنظیم هیجانی می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش آشفته‌گی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** افکار خودکشی، آشفته‌گی روان‌شناختی، تکانشگری، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر

فاطمه اسلامیان<sup>\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

Email:  
eslamian6773teach@gmail.com

## مقدمه

نوجوانی، مرحله‌ای حیاتی از رشد است که با تغییرات عمیق زیستی، شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه می‌باشد. در این دوره، فرد با چالش‌های متعددی از جمله شکل‌دهی هویت مستقل، افزایش انتظارات اجتماعی و فشار همسالان روبرو است. ظرفیت‌های شناختی مانند تفکر انتزاعی و برنامه‌ریزی بلندمدت در حال تکامل است و روابط بین‌فردی، به ویژه با والدین و همسالان، از حساسیت و اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار می‌گردد (دیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۶). این گذار طبیعی، نوجوان را در معرض آسیب‌پذیری بیشتری برای بروز اختلالات روانی قرار می‌دهد، چرا که منابع مقابله‌ای او ممکن است با سرعت لازم در برابر این طوفان تغییرات رشد نیابند (گائو و گائو<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). چنین فرایندی بعضی از نوجوانان را با افسردگی و در نتیجه آن با افکار خودکشی مواجه می‌سازد (هبرت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانان افکار خودکشی<sup>۴</sup>، در آسیب‌پذیرترین نقطه این طیف قرار دارند، جایی که درد روانی شدید و احساس درماندگی، به تفکر درباره مرگ به عنوان تنها راه فرار می‌انجامد. این افکار می‌توانند از اندیشه‌های زودگذر درباره خواستن نبودن تا برنامه‌ریزی دقیق برای اقدام متغیر باشند. در این گروه، نشانه‌های افسردگی معمولاً شدیدتر است و اغلب با احساس طاقت‌فرسای بی‌ارزشی، درماندگی مطلق و بار سنگین بودن بر دوش دیگران همراه می‌شود (اوداهوسکی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). دلایل ظهور افکار خودکشی در این نوجوانان چندبعدی است. از یک سو، عوامل فردی مانند ناامیدی عمیق، تحمل پایین هیجانات دردناک، تکانشگری و دسترسی به روش‌های آسیب‌رسان دخیل هستند. از سوی دیگر، عوامل بین‌فردی مانند درگیری‌های خانوادگی شدید، تجربه قلدری یا طرد اجتماعی، فقدان یک رابطه حمایتگر پایدار و احساس انزوا و تنهایی، خطر را افزایش

می‌دهند. وجود سابقه خودکشی در خانواده یا دوستان نیز یک عامل خطر مهم محسوب می‌شود (هبرت و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانان دارای افکار خودکشی، اغلب در چرخه‌ای معیوب گرفتار هستند که در آن، خلق افسرده و نشخوارهای فکری منفی، باورهای آنان را درباره توانمندی‌های خود برای مدیریت تکالیف زندگی، حل مسئله و تحمل پریشانی به شدت تضعیف گروه و زمینه را برای بروز آشفتگی روان‌شناختی<sup>۶</sup> فراهم می‌سازد (هیو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). این آشفتگی، که خود حاصل تعامل آسیب‌پذیری‌های زیستی با محیط‌های ناسازگار اولیه است، در قالب طوفان‌های هیجانی غیرقابل تحمل، بی‌ثباتی هویتی و ترس فلج‌کننده از رها شدن متجلی می‌شود (بچی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۶). آشفتگی روان‌شناختی به عنوان حالتی از پریشانی درونی گسترده تعریف می‌شود که سیستم‌های شناختی (افکار آشفته)، هیجانی (هیجان‌ات شدید و متغیر) و تنظیم رفتاری (تکانشگری) فرد را به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد یکپارچه او را مختل می‌سازد (کای<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). افزایش سطح آشفتگی روان‌شناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است (گیگیا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). بنابر یافته ژائو<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۲۵) آشفتگی روان‌شناختی سطح همدلی را در افراد کاهش می‌دهد و بر این اساس، این عامل خطر شناخته شده‌ای برای دوره‌های نامطلوب بیماری‌های پزشکی است و با کیفیت زندگی پایین، هزینه‌های بالاتر و مراقبت‌های بهداشتی همبسته است. از آنجا که آشفتگی روان‌شناختی قابل درمان است (المیدا-بنا<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

علاوه بر آشفتگی روان‌شناختی دیگر ویژگی بارز نوجوانان دارای افکار خودکشی، تکانشگری<sup>۱۳</sup> است (زارع رشنودی و

6. Psychological distress

7. Hu

8. Bechi

9. Cai

10. Ghiggia

11. Zhao

12. Almeida-Meza

13. Impulsivity

1. Du

2. Gao, Gao

3. Hébert

4. suicidal thoughts

5. Odahowski

همکاران (۲۰۲۵)؛ میلگرام<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۵)، مهردادفر و همکاران (۲۰۲۳)، کنیدی<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۲۳)، شاول<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰)؛ ساندین<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰)؛ شرمان و انریچ-مای<sup>۱۳</sup> (۲۰۲۰)؛ اخهارت<sup>۱۴</sup> و همکاران (۲۰۱۹)؛ محمدی کمرسخ و همکاران (۱۴۰۴)، اکرمی و همکاران (۱۴۰۴)، سلطانیان و فرهادی (۱۴۰۳)، جمشیدیان و اردشیری لردجانی (۱۴۰۳)، گوهری و همکاران (۱۴۰۲) و شرفی و همکاران (۱۴۰۲) بیانگر آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برای جامعه آماری نوجوانان با مشکلات هیجانی و رفتاری نیز دارای اثربخشی موثر است. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر رویکردی نوین و اقتصادی است که به جای تمرکز بر تشخیص‌های اختصاصی، بر فرآیندهای اصلی و مشترک زیربنایی طیف وسیعی از اختلالات هیجانی (مانند اضطراب و افسردگی) متمرکز می‌شود (میلگرام و همکاران، ۲۰۲۵). اساس این مدل، که اغلب بر پایه پروتکل هیجان‌محور بارلو<sup>۱۵</sup> توسعه یافته، بر این ایده است که آشفتگی‌های هیجانی مختلف، ریشه در مکانیسم‌های آسیب‌پذیری یکسان و الگوهای مقابله‌ای ناسازگار دارند (ساندین و همکاران، ۲۰۲۰). درمان از طریق چهار محور اصلی پیش می‌رود: افزایش آگاهی هیجانی، بازسازی شناختی در مورد هیجان‌ها، مواجهه تدریجی با موقعیت‌ها و نشانه‌های هیجانی پرهیزشده، و جلوگیری از پاسخ‌های هیجانی ناسازگار. هدف نهایی، کمک به مراجع برای درک نقش هیجان‌ها و اصلاح رابطه ناکارآمد با آن‌ها است (کایادو و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد انعطاف‌پذیر، امکان مداخله شخصی‌سازی شده برای مشکلات هم‌زمان را فراهم می‌کند و مهارت‌هایی فراشناختی و تنظیم هیجانی پایه را

همکاران، ۱۴۰۳). تکانشگری به‌عنوان یک نشانه کلیدی نوجوان برای فرار از هیجانات منفی یا در پی پاداش فوری، بدون ارزیابی عواقب قلمداد می‌شود (سانچز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تکانشگری در نوجوانان دارای آسیب، اغلب نتیجه نارسایی در نظام‌های مغزی تنظیم‌کننده رفتار و هیجان است (وانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). ساختارهای عصبی پیش‌پیشانی که مسئول **کنترل مهاری، ارزیابی عواقب و تصمیم‌گیری عقلانی** هستند، در این نوجوانان ممکن است به دلیل عوامل ژنتیکی یا تجارب نامساعد اولیه (مانند بی‌توجهی یا قرارگیری در معرض خشونت) رشد ناکافی داشته باشند یا تحت سیطره سیستم‌های لیمبیک مرتبط با پردازش هیجانات منفی و پاداش فوری قرار گیرند (ژائو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۶). این ناهماهنگی عصبی-رشدی به **کاهش تحمل ناکامی و تمایل شدید به برطرف کردن فوری هیجانات ناخوشایند** منجر می‌شود. در نتیجه، تکانشگری در آنان نه یک انتخاب آگاهانه، بلکه یک **الگوی پاسخ خودکار و فوری** به محرک‌های درونی (مانند خشم یا اضطراب مبهم) یا بیرونی است که به‌صورت رفتارهای پرخطر، پرخاشگری کلامی یا فیزیکی، و تصمیم‌گیری‌های مخرب بدون ملاحظه پیامدهای بلندمدت تظاهر می‌یابد (چن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، شناختی و اجتماعی نوجوانان دارای افکار خودکشی مداخلات بالینی گسترده‌ای بکار گرفته نشده است. این پژوهش در نظر دارد درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر<sup>۵</sup> را برای این گروه از نوجوانان مورد استفاده قرار دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر از جمله رویکردهای درمانی است که توسط اهرنریچ-مای<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۸) برای کودکان و نوجوانان تدوین شده است. کارآیی بالینی این درمان در پژوهش پان<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۵)؛ کایادو<sup>۸</sup> و

8. Caiado

9. Milgram

10. Kennedy

11. Shaw

12. Sandín

13. Sherman, Ehrenreich-May

14. Eckhardt

15. Barlow

1. Sanchez

2. Wang

3. Zhou

4. Chen

5. unified protocol for transdiagnostic treatment

6. Ehrenreich-May

7. Pan

آموزش می‌دهد که فراتر از یک اختلال خاص، به افزایش تاب‌آوری کلی فرد منجر می‌شود (شرمان و انریچ- مای، ۲۰۲۰). در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت افکار خودکشی در دوران نوجوانی به دلیل تداخل پیچیده عوامل تکانشگری و آشفتگی‌های روان‌شناختی، یکی از جدی‌ترین چالش‌های سلامت روان است که نیازمند مداخلات فوری می‌باشد. با این حال، رویکردهای درمانی سنتی اغلب بر پایه مدل‌های تک‌تشخیصی بنا شده‌اند که تمرکز آن‌ها تنها بر یک اختلال خاص است و نمی‌توانند به خوبی بتوانند تداخلات پیچیده و هم‌زمان میان مؤلفه‌های مختلف (مانند تکانشگری و پریشانی روانی) را که منجر به افکار خودکشی می‌شوند، مدیریت کنند. این محدودیت در درمان‌های تک‌بعدی، منجر به ایجاد یک خلاء پژوهشی در زمینه مداخلات جامع و یکپارچه شده است. از این رو، انجام پژوهشی با تمرکز بر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ضرورتی حیاتی دارد؛ چرا که این رویکرد با هدف قرار دادن فرآیندهای مشترک میان اختلالات مختلف، می‌تواند به شکلی کارآمدتر، هم‌زمان با کاهش آشفتگی روانی و کنترل تکانشگری، ریسک افکار خودکشی را در نوجوانان کاهش دهد و بستری علمی برای مداخلات روان‌شناختی جامع فراهم آورد. این مطالعه که با در نظرگیری خلأ پژوهشی موجود در این حوزه تخصصی و با استناد به شواهد پژوهشی متعدد و معتبر دال بر اثربخشی قابل توجه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در حل و فصل مشکلات پیچیده هیجانی-شناختی انجام می‌پذیرد، با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر آشفتگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر با هدف کاربردی و با بهره‌گیری از روش نیمه‌آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای افکار خودکشی شهر اصفهان بود که در فصل بهار سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه نموده بودند. نمونه شامل ۴۰ نوجوان دارای افکار خودکشی بود

که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که از بین مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی نواحی شش گانه آموزش و پرورش اصفهان دو مرکز انتخاب شدند. ملاک انتخاب نیز همکاری مدیران این مراکز بود. سپس دانش‌آموزانی که با نشانه‌های خودکشی به این مراکز ارجاع داده شده‌اند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس این نوجوانان به سوالات پرسشنامه افکار خودکشی پاسخ دادند. در این مرحله دانش‌آموزانی که در این پرسشنامه نمره بالاتر ۱۹ کسب کردند، دارای شرایط ورود نهایی به پژوهش شدند. در نهایت نوجوانانی که در پرسشنامه افکار خودکشی نمره بالاتر از ۱۹ کسب کردند، وارد پژوهش شدند. این نوجوانان مورد مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> (نسخه ویرایش شده) نیز قرار گرفتند. بنابراین تعداد ۴۰ نوجوانی که شرایط ذکر شده را دارا بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ نوجوان در گروه گواه). جهت مشخص کردن تعداد حجم نمونه از نرم‌افزار GPower استفاده شد که تعداد نمونه حاضر در هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. میزان خطا نیز ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است. اندازه اثر نیز ۰/۹۹ به دست آمد. سپس نوجوانان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را دریافت نمودند. این در حالی است که نوجوانان حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و به روند معمول درمانی خود در مراکز مشاوره ادامه دادند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا شد. در طول فرآیند پژوهش، ۴ نفر (۲ نفر از هر گروه) از ادامه همکاری انصراف دادند و در نهایت ۳۶ نفر (۱۸ نفر در هر گروه) تا پایان پژوهش باقی ماندند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن ۱۷-۱۳ سال (حضور در پایه تحصیلی هشتم، نهم، دهم، یازدهم و دوازدهم)، کسب نمره بالاتر از ۱۹ در پرسشنامه افکار خودکشی، رضایت نوجوان جهت شرکت در پژوهش،

<sup>۱</sup>. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ بوده و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. کسلر و همکاران (۲۰۰۲) میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و میزان روایی همزمان آن را با پرسشنامه تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی ۰/۴۹ ارزیابی کردند. واسیلیادیس و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) پایایی (۰/۸۸) و روایی سازه (۰/۸۶) این پرسشنامه را قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی انجام شده تاییدکننده تک عاملی بودن پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی می‌باشد و مقادیر بار عاملی برای سنجش عامل اصلی بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد. حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه‌بندی برای بهترین نقطه برش پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی که ۸ بود، به ترتیب ۸۱ درصد، ۸۰/۵ درصد و ۱۶/۵ درصد به دست آمد. همچنین نقطه برش با احتساب حساسیت حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۱ و ویژگی حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۲۷ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱ به دست آمد (یعقوبی، ۱۳۹۴). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

**پرسشنامه تکانشگری (IS):** پرسشنامه تکانشگری توسط بارت<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است. پرسشنامه تکانشگری دارای ۳۰ پرسش است که به صورت چهارگزینه‌ای (از به ندرت تا همیشه) تدوین شده‌اند و پائین‌ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است. مطالعات نشان داده که پرسشنامه تکانشگری همبستگی بالایی با پرسشنامه تکانشگری آیزنگ دارد، به ترتیبی که ساختار پرسش‌های هر دو نشان دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب زده و نداشتن دور اندیشی است (بارت و همکاران، ۲۰۰۴). پایایی این پرسشنامه روی یک گروه معتاد و سالم مناسب و زیر مقیاس‌های آن از همبستگی قابل قبولی برخوردار بوده‌اند (اختیاری و همکاران،

نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر و اقدام به خودکشی بود.

### ابزارهای سنجش

**پرسشنامه افکار خودکشی (STQ):** پرسشنامه افکار خودکشی توسط بک<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۱ تهیه شده که شامل ۱۹ سوال می‌باشد. در این پرسشنامه ۵ سوال اول به منظور غربالگری طرح شده است که اگر به ۵ سوال اول نمره صفر بدهند فاقد خودکشی هستند. بین نمره ۱ تا ۵ نشان دهنده داشتن افکار خودکشی و نمره ۶ تا ۱۹ نشان دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی است. بر این اساس کمترین نمره این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره ۳۸ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده افکار خودکشی بالاتر است. نمره برش این پرسشنامه ۱۹ است. این پرسشنامه یک ابزار معتبر و پایا برای سنجش افکار خودکشی است که در مطالعه چا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۳) همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده ۰/۸۳ گزارش شده است. این پرسشنامه در پژوهش عزیزاده بیرجندی و همکاران (۱۴۰۰) به فارسی ترجمه شده است و روایی هم زمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

**پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (EDQ):** پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی توسط کسلر و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ گویه‌ای تنظیم شده است. پاسخ سؤالات، به صورت

1. Suicide Thought Questionnaire

2. Beck

3. Cha

4. Emotional Distress Questionnaire

5. Kessler et al

6. Vasiliadis et al

7. Impulsiveness Questionnaire

8. Barratt

یکپارچه‌نگر قرار گرفتند، در حالی که نوجوانان حاضر در گروه گواه در این مدت مداخله حاضر را دریافت نکردند. پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر مربوط به اهرنریچ - مای و همکاران (۲۰۱۸)؛ ترجمه ضرغامی، اکبری و سروری، (۱۳۹۸) است که در پژوهش اکرمی و همکاران (۱۴۰۴) برای جامعه آماری نوجوانان مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است. پس از اتمام جلسات درمانی، مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و به منظور بررسی ماندگاری اثرات مداخله، پس از دوره دو ماهه، مرحله پیگیری نیز انجام پذیرفت. در طول فرآیند پژوهش، ۴ نفر (۲ نفر از هر گروه) به دلایل مختلف از ادامه مشارکت انصراف دادند و در نهایت داده‌های ۳۶ نفر (۱۸ نفر در هر گروه) مورد تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت نوجوانان برای شرکت در مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به نوجوانان حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به نوجوانان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند.

۱۳۸۷). در پژوهش جلالی دهکردی و آقابابایی (۱۳۹۱) نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی ۳۵ نفری برابر با ۰/۷۳ بود و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی نشان دهنده بار عاملی مناسب (بین ۰/۲۸ تا ۰/۴۱) سوالات پرسشنامه بود. همچنین نادری و حق شناس (۱۳۸۸)، در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به اعتباریابی "مقیاس تکانشگری" با محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب همبستگی ( $r=0.72$  و  $P<0.005$ ) و ضرایب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و به روش تنصیف ۰/۶۰ بدست آمد (به نقل از اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه خواهد شد.

### روند اجرای پژوهش

با هدف اجرای پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منتخب انجام و مجوزهای اخلاقی و اجرایی مربوطه اخذ گردید. سپس با شناسایی نوجوانان دارای افکار خودکشی و اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی از آنان، نمونه‌ای متشکل از ۴۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزینی شدند. در مرحله بعد، پرسشنامه‌های پژوهش در قالب پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. گروه آزمایش به مدت ده هفته متوالی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت مداخله درمان فراتشخیصی

### جدول ۱. خلاصه جلسات درمان یکپارچه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر

جلسه	هدف	محتوا
اول	افزایش انگیزه نوجوانان	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و مشارکت نوجوانان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمانی. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر.
دوم	ارائه آموزش روانی و هیجانی	بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل مربوط به درک هیجان‌ات و رفتارهای برخاسته از آنها.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ات و واکنش به هیجان‌ات) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب با سطح شناختی نوجوان
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی	ایجاد آگاهی از تأثیر و روابط متقابل افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک‌های و زمینه‌های مشترک تفکر و ارزیابی مجدد شناختی، و افزایش انعطاف‌پذیری

تفکر با استفاده از تکنیک‌های بازی فکری و گروهی و استفاده از استعاره‌های خاص نوجوانی.		
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف پرهیز از هیجان و تأثیر آنها بر تجربیات عاطفی و تأثیرات متناقض اجتناب از هیجان. آشنایی با تأثیر انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	آشنایی، شناسایی رفتارهای ناشی از عواطف در تعامل با همسالان و درک تأثیر آنها بر تجارب هیجانی، شناسایی هیجان‌های ناسازگارانه و ایجاد زمینه برای بروز هیجان‌ها و رفتارهای مثبت در تعامل با همسالان.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی و تمرینات مقابله‌ای عمیق برای آگاهی از احساسات بدنی و افزایش تحمل نسبت به این علائم.
هشتم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب‌های مقابله‌ای هیجانی تکراری و موثر به صورت بصری و عینی و ممانعت از اجتناب. آموزش مقابله و پذیرش احساسات و عواطف مخرب.
نهم	ارزیابی پردازش شناختی مجدد	معناسازی، شناسایی و ارزیابی افکار خودآیند و تله‌های فکری و شناختی، عدم قضاوت و اهمیت تفاسیر جدید و تغییر ارزیابی شناختی و تمرین تصاویر مبهم.
دهم	پیشگیری از عود	مروری بر مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی. پایان جلسات.

نشان داد که بین میانگین سنی دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ( $P=0/42$ )، بنابراین اثر متغیر سن در تحلیل‌های بعدی نیازی به کنترل یا تفکیک ندارد. این یافته حاکی از همگنی اولیه دو گروه از نظر ویژگی سنی و امکان مقایسه مستقیم نتایج بین گروه‌ها است. میانگین و انحراف استاندارد آشفستگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (شامل محاسبه میانگین و انحراف معیار) و استنباطی استفاده شد. در بخش استنباطی، ابتدا مفروضات آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> (با حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، برابری واریانس‌ها با آزمون لوین<sup>۲</sup> و بررسی فرض کرویت با آزمون موجلی<sup>۳</sup> (با حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس با به کارگیری تحلیل واریانس آمیخته و در صورت معنادار بودن اثرها، از آزمون تعقیبی بون‌فرونی<sup>۴</sup> برای مقایسه‌های زوجی بین مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و بین گروه‌های آزمایش و گواه استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام پذیرفت.

### نتایج

یافته‌های مربوط به داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱۵/۷۴ سال و در گروه گواه ۱۶/۶۶ سال بوده است. نتایج حاصل از تحلیل واریانس

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

3. Mauchly's Test

4. Bonferroni follow-up test

**جدول ۲.** میانگین و انحراف استاندارد آشفتگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
آشفتگی روان- گروه آزمایش	۲۷/۶۱	۳/۶۶	۱۸/۵۵	۳/۸۹	۱۶/۶۶	۳/۴۴
شناختی گروه گواه	۲۶/۱۱	۳/۸۰	۲۷/۲۷	۳/۳۵	۲۶/۴۴	۳/۱۷
تکانشگری گروه آزمایش	۷۰/۶۱	۱۲/۸۲	۵۸/۶۶	۱۰/۶۹	۶۰/۲۲	۱۰/۳۲
گروه گواه	۷۷/۷۲	۱۱/۹۱	۷۸/۸۳	۱۲/۳۴	۷۸/۶۱	۱۲/۱۰

پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در آشفتگی روان- شناختی ( $F=۰/۱۷$ ؛  $P=۰/۱۵$ ) و تکانشگری ( $F=۰/۱۰$ ؛  $P=۰/۲۰$ ) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در آشفتگی روان- شناختی ( $F=۰/۴۲$ ؛  $P=۰/۴۰$ ) و تکانشگری ( $F=۰/۴۱$ ؛  $P=۰/۳۹$ ) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در آشفتگی روان- شناختی ( $Mauchlys W=۰/۹۵$ ؛  $P=۰/۳۳$ ) و تکانشگری ( $Mauchlys W=۰/۹۴$ ؛  $P=۰/۳۹$ ) رعایت شده است.

نتایج جدول توصیفی (جدول شماره ۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات آشفتگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی در گروه آزمایش که تحت مداخله درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر قرار گرفتند، در مقایسه با گروه گواه کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. این یافته‌های اولیه حاکی از تأثیر مثبت مداخله انجام شده بر متغیرهای پژوهش است، هرچند جهت تعیین معناداری آماری این تغییرات و اطمینان از عدم تصادفی بودن نتایج، لازم است این داده‌ها در بخش آمار استنباطی و با استفاده از روش‌های مناسب آماری مورد تحلیل دقیق‌تر قرار گیرند. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که

**جدول ۳.** تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی و تکانشگری

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اثر	آزمون
آشفتگی روان‌شناختی	زمان	۲	۲۷۳/۳۶	۵۲/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
	عضویت گروهی	۱	۸۶۷	۴۶/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	تعامل زمان و گروه	۲	۶۹۸/۳۹	۶۶/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
تکانشگری	خطا	۶۸	۳۵۶/۸۹	۵/۲۴			
	زمان	۲	۶۲۸/۱۶	۴۱/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
	عضویت گروهی	۱	۶۲۵۶/۳۳	۶۲۵۶/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۱
تعامل زمان و گروه	خطا	۶۸	۵۱۵/۴۴	۷/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
	خطا	۶۸	۵۱۵/۴۴	۷/۵۸			

افکار خودکشی معنادار بوده است. همچنین اثر اصلی عامل گروهی (دریافت درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر) به طور معناداری بر آشفتگی روان‌شناختی ( $\eta^2=۰/۵۸$ ) و تکانشگری

نتایج تحلیل واریانس آمیخته (جدول شماره ۳) نشان داد که اثر اصلی عامل زمان (مراحل ارزیابی) بر نمرات آشفتگی روان- شناختی ( $\eta^2=۰/۶۰$ ) و تکانشگری ( $\eta^2=۰/۵۵$ ) نوجوانان دارای

حاکمی از آن بود که میانگین نمرات آشفستگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معنادار آماری داشته است. نکته حائز اهمیت آنکه بین نمرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای آشفستگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد که این یافته به روشنی بیانگر پایداری و ماندگاری اثرات مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در دوره پیگیری دوماهه است و نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده در متغیرهای آشفستگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی نه تنها موقت نبوده، بلکه در طول زمان نیز تثبیت شده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر آشفستگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی انجام شد. نتایج به دست آمده از تحلیل‌های آماری نشان داد که اجرای پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر تأثیر معنادار و مثبتی بر کاهش آشفستگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش داشته است. این یافته که مبین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش آشفستگی روان‌شناختی نوجوانان دارای افکار خودکشی است، با نتایج مطالعات پیشین از جمله پژوهش پان و همکاران (۲۰۲۵)؛ مهردادفر و همکاران (۲۰۲۳)، کنسلی و همکاران (۲۰۲۳)؛ شاو و همکاران (۲۰۲۰)؛ اخهارت و همکاران (۲۰۱۹)؛ محمدی کمرسرخ و همکاران (۱۴۰۴)، گوهری و همکاران (۱۴۰۲) و شرفی و همکاران (۱۴۰۲) همسو بود.

در تبیین چگونگی اثرگذاری درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش آشفستگی روان‌شناختی نوجوانان دارای افکار خودکشی می‌توان گفت اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش آشفستگی‌های روان‌شناختی، ناشی از ماهیت جامع این رویکرد در برخورد با زیربناهای مشترک اختلالات است.

( $\eta^2 = 0.38$ ) نوجوانان دارای افکار خودکشی تأثیر گذاشته است. علاوه بر این، اثر تعاملی زمان (مراحل)  $\times$  گروه (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) نیز بر آشفستگی روان‌شناختی ( $\eta^2 = 0.66$ ) و تکانشگری ( $\eta^2 = 0.63$ ) نوجوانان دارای افکار خودکشی معنادار گزارش شد که نشان می‌دهد تغییرات متغیرهای وابسته در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تحت تأثیر نوع مداخله (دریافت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) بوده است. توان آماری ۱۰۰٪ نیز حاکمی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری مطلوب بود. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های بین مراحل، از آزمون تعقیبی بون-فرونی استفاده شد (جدول شماره ۴).

### جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس

متغیر	مراحل ارزیابی			
	مرحله پیش	مرحله پس	تفاوت	خطای
آشفستگی روان‌شناختی	پیش	پس	میانگین	انحراف معناداری
	آزمون	آزمون	ها	معیار
	(میانگین)	(میانگین)		
تکانشگری	پیش	پس	میانگین	انحراف معناداری
	آزمون	آزمون	ها	معیار
	(میانگین)	(میانگین)		
آشفستگی روان‌شناختی	پیش	پس	۳/۹۴	۰/۴۱
	آزمون	آزمون		
تکانشگری	پیش	پس	۵/۳۰	۰/۶۷
	آزمون	آزمون		
آشفستگی روان‌شناختی	پیش	پس	۳/۹۴	۰/۴۱
	آزمون	آزمون		
تکانشگری	پیش	پس	۱/۳۶	۰/۰۸
	آزمون	آزمون		
آشفستگی روان‌شناختی	پیش	پس	۵/۴۱	۰/۷۸
	آزمون	آزمون		
تکانشگری	پیش	پس	۴/۷۵	۰/۷۸
	آزمون	آزمون		
آشفستگی روان‌شناختی	پیش	پس	-۵/۴۱	۰/۷۸
	آزمون	آزمون		
تکانشگری	پیش	پس	-۰/۶۶	۰/۲۲
	آزمون	آزمون		

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ به وضوح نشان داد که مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر تأثیر معنادار و پایداری بر متغیرهای پژوهش (آشفستگی روان‌شناختی و تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی) داشته است. به طور مشخص، مقایسه‌های زوجی بین مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

برخلاف رویکردهای سنتی که صرفاً بر کاهش علائم مجزا تمرکز دارند، این درمان با تمرکز بر فرآیندهای زیربنایی مانند تنظیم هیجانی مختل، آسیب‌پذیری‌های شخصیت و الگوهای شناختی ناسازگار، به دنبال رفع ریشه‌های مشترک آشفتگی است (کندی و همکاران، ۲۰۲۳). در نوجوانان دارای افکار خودکشی، آشفتگی‌ها معمولاً با ناپایداری هیجانی و تکانشگری شدید گره خورده‌اند؛ این درمان با یکپارچه‌سازی مداخلات شناختی-رفتاری و تحلیل‌های روان‌شناختی، به نوجوان کمک می‌کند تا نه تنها با افکار خودکشی، بلکه با فرآیند ایجادکننده آن (یعنی آشفتگی‌های بنیادین) مواجه شده و آن‌ها را مدیریت کند. این رویکرد فراتشخیصی، با کاهش تداخلات بین‌بخشی علائم، منجر به ایجاد یک ثبات روان‌شناختی پایدارتر در فرد می‌گردد. از سوی دیگر، ماهیت یکپارچه‌نگر این درمان، امکان پاسخگویی هم‌زمان به ابعاد مختلف بحران نوجوان را فراهم آورده است (شاو و همکاران، ۲۰۲۰). نوجوانان در معرض افکار خودکشی، معمولاً درگیر چالش‌های هم‌زمان در حوزه‌های هیجانی، رفتاری و تعاملات اجتماعی هستند که هر یک به تنهایی می‌تواند منشأ آشفتگی باشد. رویکرد یکپارچه‌نگر با ترکیب تکنیک‌های اصلاح طرحواره‌ها، مدیریت هیجانات و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، یک ساختار درمانی منسجم ایجاد می‌کند که از پراکنده‌گویی در درمان جلوگیری کرده و تمرکز درمانگر را بر هسته اصلی آشفتگی حفظ می‌کند. این هماهنگی میان ابعاد مختلف مداخله باعث می‌شود که نوجوان بتواند پیوند میان افکار خودکشی، تکانشگری و آشفتگی‌های روانی خود را درک کرده و با ابزارهای روانی یکپارچه، توانمندی خود را در مدیریت بحران‌های درونی بازسازی نماید.

یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی، با نتایج مطالعات پیشین همسو می‌باشد. به طور خاص، همخوان با یافته‌های کایادو و همکاران (۲۰۲۵)؛ میلگرام و همکاران (۲۰۲۵)، ساندین و همکاران (۲۰۲۰)؛ شرمان و انریچ-مای (۲۰۲۰)؛ اکرمی و همکاران (۱۴۰۴)، سلطانیان و فرهادی (۱۴۰۳) و جمشیدیان و اردشیری لردجانی (۱۴۰۳)

همسو بود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی می‌توان گفت مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، بر اساس مهارت‌های تنظیم هیجان پایه‌ریزی شده است و برای دامنه گسترده‌ای از اختلالات هیجانی کاربرد دارد (شرمان و انریچ-مای، ۲۰۲۰). راهبردهای روان‌آموزشی، خودکنترلی افکار، مواجهه، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌ها که همگی در مطالعات قبلی نتایج خوبی را نشان داده‌اند، بخشی از تکنیک‌های به کار برده شده در پروتکل گروهی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بودند (کایادو و همکاران، ۲۰۲۵). این تکنیک‌ها شناسایی افکار تأثیرگذار بر هیجانات و رفتارها که مولد اضطراب هستند را تسهیل می‌نماید. جلسات درمانی به مراجعین می‌آموزد که همه عواطف چه مثبت و چه منفی مهم و ضروری هستند، هدف ما حذف نیست بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن با عواطف منفی و انعطاف‌پذیری کنشی می‌باشد. مواجهه هیجانی به عنوان یک استراتژی مداخله‌ای که عدم انعطاف‌پذیری کنشی را مورد هدف قرار می‌دهد در این مداخله به کار گرفته شد و نتایج معناداری در کاهش تکانشگری نوجوانان دارای افکار خودکشی حاصل شد. در تبیینی دیگر باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر این باور است که تلاش برای مهار هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد (سلطانیان و فرهادی، ۱۴۰۳)؛ درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به افراد می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازش یافته‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که یکی از تکنیک‌های موجود در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، ارزیابی مجدد شناختی است که از طریق آن فرد از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه می‌شود و ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک شناسایی می‌شوند (کایادو و همکاران، ۲۰۲۵)؛ بنابراین می‌توان گفت که این تکنیک در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند سبب شود که نوجوانان دارای افکار خودکشی نسبت به پردازش‌های شناختی ناکارآمدی که منجر به

(شش ماهه یا یک‌ساله) جهت بررسی پایداری و ماندگاری اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر توصیه می‌گردد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود برای کاهش سوگیری‌های ناشی از پرسشنامه‌های خودگزارشی، از روش‌های چندگانه مانند مصاحبه‌های بالینی عمیق یا مشاهده مستقیم در کنار ابزارهای استاندارد استفاده شود. در نهایت، بررسی تأثیر این پروتکل درمانی بر سایر متغیرهای روان‌شناختی و در گروه‌های سنی یا با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت، می‌تواند دیدگاه‌های جدیدی را در حوزه مداخلات روان‌شناختی نوجوانان فراهم آورد. با توجه به اثربخشی یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره آموزش و پرورش و همچنین مراکز خدمات روان‌پزشکی، پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را به عنوان یک مداخله استاندارد و کارآمد در برنامه‌های درمانی خود بگنجانند. همچنین توصیه می‌گردد دوره‌های آموزشی تخصصی برای مشاوران و روان‌شناسان نوجوان تدوین شود تا مهارت‌های مربوط به آموزش آگاهی هیجانی و تکنیک‌های تنظیم هیجان را در قالب این رویکرد فراتشخیصی ارتقا دهند. علاوه بر این، با توجه به اهمیت کاهش تکانشگری، استفاده از این روش در گروه‌های حمایتی نوجوانان دارای افکار خودکشی می‌تواند به پیشگیری از رفتارهای پرخطر و بهبود سلامت روان آنان کمک شایانی نماید.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام نوجوانان حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

### حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

### تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

افکار خودکشی می‌شود آگاهی یافته و با تجدیدنظر در فرایندهای شناختی و کنار نهادن افکار نشخوارگونه، تکانشگری کمتری را ادراک و تجربه نمایند. همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به افراد می‌آموزد که چگونه با هیجان‌ها و شناخت‌های ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌ها و شناخت‌های خود پاسخ دهند (ساندین و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس این درمان کمک می‌کند تا نوجوانان دارای افکار خودکشی فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. این فرایند نیز سبب می‌شود تا با تغییر در پردازش‌های شناختی با شواهد ناقص، این نوجوانان تکانشگری کمتری را از خود نشان دهند.

پژوهش حاضر با وجود دستاوردهای علمی، با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است. نخست، حجم نمونه محدود (۳۶ شرکت‌کننده) می‌تواند از تعمیم‌پذیری نتایج به تمامی نوجوانان دارای افکار خودکشی در سطح کشور جلوگیری کند. دوم، از آنجا که نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند از مراکز مشاوره آموزش و پرورش انتخاب شده‌اند، نتایج ممکن است بازتاب‌دهنده ویژگی‌های نوجوانانی باشد که به خدمات مشاوره دسترسی دارند و لزوماً شامل نوجوانانی که در محیط‌های غیرآموزشی یا با شرایط اجتماعی-اقتصادی متفاوت هستند، نشود. همچنین، کوتاه بودن دوره پیگیری (دو ماهه) ممکن است اثرات بلندمدت و پایداری درمان را در بازه‌های زمانی طولانی‌تر به طور کامل نشان ندهد. در نهایت، ماهیت خودگزارشی ابزارهای پژوهش (پرسشنامه‌ها) می‌تواند احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی را به دلیل حساسیت موضوع افکار خودکشی افزایش دهد. با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، برای ارتقای سطح تعمیم‌پذیری نتایج، از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در سطح جامعه (فراتر از مراکز آموزش و پرورش) استفاده شود. همچنین، با توجه به کوتاه بودن بازه زمانی پیگیری، انجام پژوهش‌های طولی با دوره‌های پیگیری بلندمدت

## منابع

- اکرمی، ن.، بیک‌لو، ف.، عاطفی‌نیا، م.م.، عجم‌زبید، م. (۱۴۰۴). اثربخشی پروتکل فراتشخیصی بر نظم جوئی هیجان بین فردی و مشکلات بین فردی نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴(۱۵۱)، ۱۳۱-۱۱۷.
- اهرنریچ-مای، ج.، کندی، س.م.، شرمن، پ.، بیلک، س.، بازالا، ج.، بنت، د.، بارلو، د.ه. (۱۳۹۸). پروتکل‌های یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان. *ترجمه فیروزه ضرغامی، مهدی اکبری، فاطمه سروری. انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۸).*
- جلالی‌دهکردی، د.، آقابابایی، ع. (۱۳۹۱). مقایسه تاثیر روش‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد بر تکانشگری و راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان پسر، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۴)، ۱۷-۵.
- جمشیدیان، ف.، اردشیری لردجانی، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر همجوشی شناختی و تاب‌آوری دانش‌آموزان قربانی قلدری، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۷(۶)، ۱۷۳۳-۱۷۱۹.
- زارع‌رشنودی، م.، آزادیکتا، م.، تصرالهی، بو (۱۴۰۳). تعیین اثربخشی بسته‌ی آموزشی پیشگیری از خودکشی بر افکار خودکشی و تکانشگری در نوجوانان. *رویکردی نو بر آموزش کودکان*، ۶(۲)، ۱۸۱-۱۷۱.
- سلطانیان، م.، فرهادی، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهزیستی ذهنی، کفایت هیجانی و خودکارآمدی هیجانی در نوجوانان مقطع متوسطه با علائم نوموفوبیا. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۲(۴)، ۶۷۶-۶۶۶.
- شرفی، م.ر.، جعفری، د.، و بهرامی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱(۱)، ۱۳۸-۱۵۰.
- علیزاده بیرجندی، ز.، جان‌بزرگی، م.، رسول‌زاده طباطبایی، س.، فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۴۰۰). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم فارسی مقیاس تمایل به خودکشی بر اساس نظریه بین فردی خودکشی در دانشجویان ایرانی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱)، ۱۴-۱.
- گوهری، ش.، حسینی‌المدنی، س.ع.، افکاری، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ناگویی هیجانی کودکان طلاق با دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۴(۲)، ۱۹۴-۱۷۹.
- محمدی‌کمرسخ، ع.، ستوده‌اصل، ن.، مهرافزون، د. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۰(۷۷)، ۱۵۶-۱۴۴.
- یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷.

- Almeida-Meza, P., Ledden, S., Dempsey, B., Smith, A., Croak, B., Bhundia, R., Lamb, D., Malik, A., Raine, R., Redlich, C., Wessely, S., Stevelink, S., Greenberg, N. (2025). Futureproofing the healthcare workforce in Europe: understanding and addressing psychological distress and occupational outcomes. *The Lancet Regional Health - Europe*, 57, 1014-1019.
- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41(12), 1045-1061.
- Bechi, M., Brüne, M., Agostoni, G., Bortolla, R., Bongiorno, M.V., Spada, G., Ceresi, M., Rosini, A., Sforzini, L., Bosia, M., Cavallaro, R., Flasbeck, V. (2026). Disentangling empathy for psychological and physical pain in borderline personality disorder: the interplay with clinical features and emotional competence. *The European Journal of Psychiatry*, 40(1), 1003-1007.
- Cai, P., Feng, J., Li, X., Hadfield, K. (2025). Social capital, psychological resilience, and psychological distress in Chinese university students: A cross-sectional survey. *Acta Psychologica*, 261, 1059-1063.
- Caiado, B., Guiomar, R., Gomes-Pereira, B., Góis, A.C., Sousa, B., Canavarro, M.C., Ehrenreich-May, J., Moreira, H. (2025). Is the Unified Protocol for Children (UP-C) Effective for the Transdiagnostic Treatment of Children's Emotional Disorders? A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 56(4), 689-707.
- Cha, M., Al-Chalabi, N., Qian, J., Chaudhary, Z., Graff, A., Gerretsen, P., Remington, G., Deluca, V. (2023). Concordance between the Columbia-Suicide Severity Rating Scale and Beck Scale for Suicide Ideation in assessing suicide behaviour in young adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 319, 1149-1153.
- Chen, L., Bai, Y., Tsai, S., Hsu, S., Chen, M. (2025). Low-grade inflammation, cognitive dysfunction, impulsivity, and appetite hormone dysregulation in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 351, 1166-1170.
- Du, R., Zhao, S., Zhang, X., Li, W., Ma, Y., Zhang, Y., Zhang, Z., Yu, Y., Wang, Y., Yang, K., Wang, Z., Cai, H. (2026). Efficacy and safety of lower dose electroconvulsive therapy for major depression in adolescents with suicide ideation: A non-inferiority randomized controlled trial in China. *Journal of Affective Disorders*, 393, 1203-1207.
- Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K.D., Grange, D., Ehrenreich-May, J. (2019). An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorder*, 34, 154-165.
- Gao, J., Gao, L. (2024). A meta-analysis of prospective cohort studies on screen time and the risk of depression in adolescents. *Acta Psychologica*, 251, 1045-1049.
- Ghiggia, A., Bottiroli, S., Lingiardi, V., Tassorelli, C., Galli, F., Castelli, L. (2022). Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia and chronic migraine: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 163, 111-116.
- Harvey, L.J., White, F.I., Hunt, C., Abbott, M. (2023). Investigating the efficacy of a Dialectical behaviour therapy-based universal intervention on adolescent social and emotional well-being outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 169, 1044-1049.
- Hébert, M., Tremblay-Perreault, A., Amédée, L.M. (2025). Adolescent suicidal thoughts and behaviors: The independent effects of interpersonal violence. *Journal of Affective Disorders*, 389, 1197-1201.
- Hu, X., Li, B., Qin, J. (2025). Negotiable Fate Belief and Suicidal Ideation among Left-Behind Children: The Mediating Role of Coping Self-Efficacy and Gender Differences. *International Journal of Mental Health Promotion*, 27(8), 1203-1220.
- Kennedy, B., Chen, R., Valdimarsdóttir, U., Montgomery, S., Fang, F., Fall, K. (2018). Childhood Bereavement and Lower Stress Resilience in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 108-114.
- Kennedy, S.M., Bilek, E.L., Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, 43(3), 330-360.
- Kennedy, S.M., Tonarely, N.A., Sherman, J.A., Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of treatment outcome for the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 66-75.
- Kennedy, S.M., Wilkie, D.P., Henry, L., Moe-Hartman, J., President, K., Townson, K., Anthony, L.G., Hawks, J.L., (2023). The Unified Protocols for Children and Adolescents in Partial Hospitalization: Using Implementation Science Frameworks to Guide Adaptation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 367-383.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Milgram, L., Bigler, M.E., Halliday, E.R., Timpano, k.r., Ehrenreich- May, J. (2025). Are the Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents as Effective for OCD as for Anxiety and Depression? *Children*, 12, 529-533.

- Odahowski, C.L., Garcia, J., Boswell, E., Taazieh, J., Hung, P., Andrews, C., Crouch, E. (2025). Prevalence of depressive symptoms and serious suicidal thoughts among adolescents aged 12–17 by rurality in the United States. *Public Health*, 248, 1059-1063.
- Pan, Y., Zhang, Y., Ma, Z., Wang, D., Huang, S., Fan, F. (2026). Prevalence, correlates and mental health outcomes of Internet addiction among Chinese adolescents across early, middle and late adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 394, 1204-1208.
- Sanchez, H., Clark, D.A., Fields, S.A. (2019). The relationship between impulsivity and shame and guilt proneness on the prediction of internalizing and externalizing behaviors. *Heliyon*, 5(11), 274-278.
- Sandín, B., Julia, G., Valiente, M., Espinosa, V. (2020). Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. *Int J Environ Res Public Health*, 10(6), 1-17.
- Shaw, A.M., Halliday, E.R., Ehrenreich-May, J. (2020). The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 1005-1009.
- Sherman, J.A., Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy*, 51(6), 869-881.
- Vasiliadis, H.M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., & Prévile, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89-94.
- Wang, Y., Liang, Y., Li, J., Gao, Y., Tian, M., Liu, X. (2025). Joint trajectories of nonsuicidal self-injury and aggression among adolescents: The role of parent-child conflicts and impulsivity. *Journal of Affective Disorders*, 391, 1199-1203.
- Zhou, C., Huang, X., Yu, T., Wang, C., Jiang, Y. (2025). Effects of compassion fatigue, structural empowerment, and psychological empowerment on the caring behaviours of intensive care unit nurses in China: A structural equation modelling analysis. *Australian Critical Care*, 38(3), 1011-1015.
- Zhou, H., Tang, T., Shi, L., Wang, S., Guo, J., Xiao, J., Yan, C., Gong, J. (2026). Joint effect of emotion regulation and impulsivity on identifying adolescents with non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research*, 192, 49-58.

*Original Article*

# The Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Psychological Distress and Impulsivity in Adolescents with Suicidal Ideation

Received: 06/02/2025 - Accepted: 10/05/2025

Fatemeh Eslamian<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> *Ma in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.*

Email:

eslamian6773teach@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Identity issues, psychological and emotional traumas, and subsequent depression can lead to suicidal ideation in some adolescents. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of a unified protocol for transdiagnostic treatment on psychological distress and impulsivity in adolescents experiencing suicidal ideation.

**Methods:** This applied research employed an experimental design with a pretest-posttest control group structure and a two-month follow-up period. The statistical population consisted of adolescents with suicidal ideation in Isfahan who visited educational counseling centers in the spring of 2024. A sample of 36 adolescents was selected via purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (n=18 per group). The experimental group received the unified protocol for transdiagnostic treatment over ten weekly 90-minute sessions. Data were collected using the Psychological Distress Questionnaire (EDQ), the Impulsivity Questionnaire (IQ), and the Suicidal Thoughts Questionnaire (STQ). Data analysis was performed using mixed ANOVA via SPSS23 software.

**Results:** The results indicated that the unified protocol for transdiagnostic treatment had a significant effect on both psychological distress competence ( $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.66$ ,  $F = 66.53$ ) and impulsivity competence ( $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.63$ ,  $F = 59.52$ ) in adolescents with suicidal ideation. Furthermore, the treatment successfully reduced both psychological distress and impulsivity at both the posttest and the two-month follow-up stages.

**Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that unified protocol for transdiagnostic treatment utilizing emotional awareness training, cognitive and emotional reassessment, identification of emotion avoidance patterns, and cognitive and emotion regulation techniques can serve as an effective intervention for reducing psychological distress and impulsivity in adolescents experiencing suicidal ideation.

**Keywords:** Suicidal ideation, Psychological distress, Impulsivity, Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment