



Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Suicidal Ideation in Adolescents Covered by the Welfare Organization

Mostafa Bahrami Moqadam ¹ , Karim Afshariniya ²  , Saeedeh Alsadat Hosseini ² ,
Azita Chehri ² 

1. PhD student, Department of Psychology, Ker.C., Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

2. Department of Psychology, Ker.C., Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Corresponding Author: Karim Afshariniya

E-mail: afshar292@iau.ac.ir

Received: 25 November 2025

Revised: 06 December 2025

Accepted: 12 December 2025

Published: 21 May 2026

Citation: Bahrami Moqadam, M., Afshariniya, K., Hosseini, S. A., & Chehri, A. (2026). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Suicidal Ideation in Adolescents Covered by the Welfare Organization. *Journal of Modern Psychological Researches*, 21(81), 117-130. DOI: [10.22034/jmpr.2025.70397.6902](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.70397.6902)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Suicidal ideation acts as a direct precursor to suicide attempt and is critical for predicting and preventing suicidal behavior through early intervention. Consequently, investigating risk factors associated with suicidal ideation and implementing appropriate strategies and timely psychological interventions are important to reduce and prevent suicidal behavior in adolescent girls (Sen et al., 2024).

One psychological intervention effective in reducing suicidal ideation could be cognitive-behavioral therapy (Giwa-Amu et al., 2025; Zhao & Wang, 2025; Gomez et al., 2025), which was developed by Aaron Beck in the 1960s as a structured, time-limited, and evidence-based psychotherapy approach initially designed to treat depression, stemming from Beck's research on cognitive processes in depression, which showed that patients often experience distorted and automatic negative thoughts

(Beck et al., 1979; as cited in Gomez et al., 2025). These findings led to the development of cognitive-behavioral therapy, a treatment that focuses on identifying and restructuring maladaptive thought patterns to improve emotional and behavioral outcomes (Brown et al., 2022). The basis of Beck's cognitive-behavioral model is that our thoughts (cognitions) influence our feelings and behaviors, and vice versa (Bryan et al., 2025).

Another effective intervention for reducing suicidal thoughts can be emotion-focused therapy (Pourjafari & Mirshafiei, 2025; Noroozi Homayoon et al., 2025), which is an evidence-based treatment based on experiential, humanistic, and attachment theories (Edwards et al., 2025). The goal of emotion-focused therapy is to identify and accept emotions, accept maladaptive negative emotions, increase awareness and expression of these emotions, and learn to tolerate and

regulate underlying painful experiences in the individual (Ivanova & Watson, 2014; as cited in Glisenti et al., 2021). In general, in emotion-focused therapy the therapist focuses not only on providing awareness through mental content (Zwack & Greenberg, 2020) that has been denied or distorted by the client, but also on creating a new concept influenced by the client's physical experience (Brubacher & Johnson, 2019). Greenberg (2011) believes that emotion-focused therapy places the greatest emphasis on emotional experiences and cognition. The main goal of this therapy is to create changes in maladaptive emotions, with increased awareness and expression of emotions, learning to regulate emotions, and activating adaptive emotions (Greenberg, 2011).

The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on suicidal ideation in adolescents under welfare organization of Nourabad city.

Method

This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and two-month follow-up. The statistical population of the research was all adolescents under welfare organization of Nourabad city in 2025. Then a total of 60 adolescents were randomly divided into two groups, including a cognitive-behavioral therapy group (20 adolescents), emotion-

focused therapy group (20 adolescents) and a control group (20 adolescents). Then the first experimental group underwent eight 90-minute sessions of cognitive-behavioral therapy and the second experimental group underwent eight 90-minute sessions of emotion-focused therapy. To collect data, the Beck scale for suicidal ideation (BSSI; Beck et al., 1979) was used. Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test were used for data analysis with SPSS Version 29.

Results

Based on the results, the mean and standard deviation of age in cognitive-behavioral therapy group were 15.85 (SD=1.50); the mean and standard deviation in the emotion-focused therapy group were 15.70 (SD=1.56); and the mean and standard deviation of age in the control group were 15.95 (SD=1.70). The F statistic obtained from comparing the means of the 3 groups in the age variable was $F = 0.13$, which is not statistically significant ($p = 0.882$), indicating that the 3 groups are similar in terms of age. After examining the statistical assumptions of repeated measures analysis of variance, this test was used to analyze the collected data. Taking into account the Greenhouse-Geisser correction, Table 1 reports the results of the repeated measures analysis of variance test to examine the differences in the research sample in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up of suicidal ideation.

Table 1. Results of Tests of Within-Subjects Effects and Tests of Within-Subjects Contrasts (Greenhouse-Geisser Correction) of Suicidal Ideation

Variables	Source	F	df	Sig	Partial η^2	Observed Power ^a
	factor	116.03	1.09	.001	.67	1.00
suicidal ideation	factor * group	27.57	2.18	.001	.49	1.00
	group	26.10	2	.001	.48	1.00

The results showed that both interventions had a significant effect on suicidal ideation ($p < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on suicidal ideation ($p < 0.05$).

Discussion

The results showed that emotion-focused therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy in reducing suicidal ideation in adolescents under the care of the Nourabad City Welfare Department. This result is consistent with the result of Noroozi Homayoon et al. (2025) who showed the effectiveness of emotion-focused

therapy on reducing suicidal ideation. In addition, the results are inconsistent with the results of Pourjafari & Mirshafiei (2025) who showed that there was no difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on suicidal ideation, and both are equally effective in reducing suicidal ideation.

In explaining this result, it can be said that having suicidal ideation means that teenage girls experience feelings of worthlessness, self-hatred, and uselessness. Emotion-focused therapy by activating the initial strong emotion that is established in an empathetic communication context helps adolescents become more courageous than in the past and can question the vicious

cycle of self-criticism, feelings of hatred, worthlessness, and uselessness (Zwack & Greenberg, 2020). Emotion-focused therapy uses the perception of a therapeutic relationship, direct attachments, and indirect verbal processes to empirically create a trans-experiential sense of self-connection with the present moment, to recognize and improve the repressed and unexpressed emotions that perpetuate the negative cycle of communication, and to form new interactions by discovering and reexperiencing underlying emotional responses, which results in a reduction in neutral attachment and the perception of being burdened, which is what causes the individual to have less suicidal ideation. Therefore, emotion-focused therapy helps adolescent girls understand the complexities of lifelong relationships and their psychogenic roots, and manage their thoughts, behaviors, and interactions in a healthy way (Greenberg, 2017) and have fewer thoughts of ending their lives. Therefore, it can be considered logical to say that emotion-focused

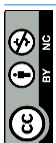
therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on suicidal ideation in adolescents.

There were limitations in conducting the present study, the selection of a sample from Noorabad County, Lorestan, requires caution in generalizing the findings. The limitation of the data collection tool to a questionnaire and the lack of use of other measurement tools are other limitations and problems of this study. This is because there is a possibility that there is bias in the responses of adolescents, because the criterion for having suicidal ideation was a score of 12 or more based on the suicidal ideation scale, and the severity of suicidal ideation was not specified.

Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy can be used as a treatment method on suicidal ideation in adolescents the priority of use for adolescents with suicidal ideation under the welfare organization should be given to emotion-focused therapy.

KEYWORDS

cognitive-behavioral therapy, emotion-focused therapy, suicidal ideation





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

journal homepage: <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/>

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش اداره بهزیستی

مصطفی بهرامی مقدم^۱ ID، کریم افشاری نیا^۲ ID✉، سعیده سادات حسینی^۲ ID، آریتا چهری^۲ ID

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
 ۲. گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

استناددهی: بهرامی مقدم، مصطفی؛ افشاری نیا، کریم؛ حسینی، سعیده سادات و چهری، آریتا (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش اداره بهزیستی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۱(۸۱)، ۱۱۷-۱۳۰. DOI: [10.22034/jmpr.2025.70397.6902](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.70397.6902)

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری مصطفی بهرامی مقدم است.

نویسنده مسئول: کریم افشاری نیا
 رایانامه: afshar292@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۰۴ آذر ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۵ آذر ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۱ آذر ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵

چکیده

مشخصات مقاله

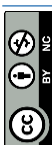
کلیدواژه‌ها:

افکار خودکشی،

درمان شناختی-رفتاری،

درمان هیجان‌مدار

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش اداره بهزیستی بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش نوجوانان دختر تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان نورآباد لرستان در سال ۱۴۰۴ بودند. تعداد ۶۰ نوجوان دختر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و این تعداد سپس به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه درمان شناختی-رفتاری (۲۰ نفر)، درمان هیجان‌مدار (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند. در این پژوهش از مقیاس افکار خودکشی (BSSI) بک و همکاران (۱۹۷۹) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۹ بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر کاهش افکار خودکشی داشته است ($p < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودکشی داشته است ($p < 0/05$). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای کاهش افکار خودکشی در نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی به کار برده شوند و تقدم استفاده با درمان هیجان‌مدار است.



مقدمه

می‌کنند (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ به نقل از گومز و همکاران، ۲۰۲۵). این یافته‌ها منجر به ایجاد درمان شناختی-رفتاری شد، درمانی که بر شناسایی و بازسازی الگوهای فکری ناسازگار برای بهبود پیامدهای عاطفی و رفتاری تمرکز دارد (براون^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). اساس مدل شناختی-رفتاری بک این است که افکار^{۱۶} ما (شناخت‌ها^{۱۷}) بر احساسات^{۱۸} و رفتارهای ما تأثیر می‌گذارند و برعکس (بریان^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۵).

طبق یک متاآنالیز توسط کوئیگیلی^{۲۰} و همکاران (۲۰۲۲)، این نظریه اغلب در رابطه با مطالعات افسردگی ذکر می‌شود، زیرا بک بیشتر توضیح می‌دهد که افراد مبتلا به افسردگی تمایل دارند دیدگاه منفی نسبت به خود، دنیای خود و آینده خود داشته باشند - که اکنون معمولاً به عنوان مثلث شناختی^{۲۱} بک شناخته می‌شود (بک، ۱۹۶۷؛ به نقل از پویه^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۵). این نظریه همچنین مفهوم افکار اتوماتیک^{۲۳} (خودکار) را تعریف می‌کند. افکار اتوماتیک به طور ناخودآگاه بر رفتار تأثیر می‌گذارند. مثلث شناختی اغلب با افسردگی (مارچتی و پوسل^{۲۴}، ۲۰۲۳) و رفتارهای خودکشی در نوجوانان مرتبط است (گومز و همکاران، ۲۰۲۵)، همانطور که ناتوانی در ایجاد راه‌حل‌های دیگر برای مشکلات درک‌شده (افکار) یا عدم اعتماد به نفس در خود برای انجام راه‌حل‌های جایگزین (رفتارها) نیز با آن مرتبط است (ساگباس^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری از چارچوب نظری نظریه شناختی بک به عنوان مداخله‌ای برای تغییر شکل این افکار و فرآیندهای فکری اتوماتیک (خودکار) ناشی شده است و این یک گزینه درمانی امیدوارکننده برای خودکشی است زیرا در رویکرد خود جامع است و در عین حال برای هر فرد بسیار شخصی‌سازی شده است (رود^{۲۶}، ۲۰۰۴؛ به نقل از گومز و همکاران، ۲۰۲۵). به همین ترتیب، باید به طور منحصر به فرد در موقعیت مناسبی برای پرداختن به افکار و احساساتی باشد که می‌توانند منجر به رفتارهای خودکشی شوند (صابر^{۲۷} و همکاران، ۲۰۲۵). یکی دیگر از مداخلات اثربخش برای کاهش افکار خودکشی می‌تواند درمان هیجان‌مدار^{۲۸} باشد (پورجعفری و میرشفیعی، ۲۰۲۵؛ نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵) که یک درمان مبتنی بر شواهد^{۲۹} که بر اساس نظریه‌های تجربی، انسان‌گرایانه و دل‌بستگی انجام می‌شود (دوارز^{۳۰} و همکاران، ۲۰۲۵). هدف از درمان هیجان‌مدار شناسایی و پذیرش هیجانات، پذیرش هیجانات منفی ناسازگار و افزایش آگاهی و بیان این هیجانات و یادگیری تحمل و تنظیم تجارب دردناک زمینه‌ای در فرد است (ایوانووا و واتسون^{۳۱}، ۲۰۱۴؛ به

رفتار خودکشی^۱ به طیفی از رفتارها شامل فکر کردن به خودکشی (یا ایده‌پردازی^۲)، برنامه‌ریزی برای خودکشی^۳، اقدام به خودکشی^۴ و خودکشی^۵ اشاره دارد (کوآرشی^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). سالانه ۷۰۳۰۰۰ مرگ ناشی از خودکشی در سطح جهان ثبت می‌شود و حدود ۷۹ درصد از خودکشی‌های جهان در کشورهای با درآمد کم و متوسط ثبت می‌شود. نوجوانان (افراد ۱۰ تا ۱۹ سال) به ویژه در معرض خطر بالای خودکشی هستند. در سطح جهان، خودکشی چهارمین علت اصلی مرگ و میر در بین جوانان ۱۵ تا ۱۹ سال است، اما سومین علت اصلی مرگ و میر در بین دختران در این گروه سنی است (سازمان بهداشت جهانی^۷، ۲۰۲۵). یک بررسی اخیر که در سال ۲۰۲۱ انجام شد، نشان داد که تقریباً ۳۰ درصد از دختران نوجوان افکار خودکشی را تجربه می‌کنند (اکبری و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که ۴۰ درصد از دختران نوجوان که افکار خودکشی دارند، اقدام به خودکشی می‌کنند (روبینسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). عوامل مؤثر بر افکار خودکشی در میان نوجوانان ممکن است با عوامل مشاهده شده در سایر گروه‌های سنی همسو یا متفاوت باشند. یک متاآنالیز انجام شده در ایران، درگیری‌های خانوادگی، مشکلات مالی و چالش‌های تحصیلی را به عنوان عوامل خطر غالب برای اقدام به خودکشی برجسته کرده است (نظرزاده و همکاران، ۲۰۱۳). افکار خودکشی به عنوان یک پیش‌ساز مستقیم برای اقدام به خودکشی عمل می‌کند و برای پیش‌بینی و پیشگیری از رفتار خودکشی از طریق مداخله زودهنگام حیاتی است. در نتیجه، بررسی عوامل خطر مرتبط با افکار خودکشی و اجرای استراتژی‌های مناسب و مداخلات روانشناختی به‌هنگام برای کاهش و پیشگیری از رفتار خودکشی در نوجوانان دختر مهم است (سن^۹ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از مداخلات روانشناختی تأثیرگذار بر کاهش افکار خودکشی می‌تواند درمان شناختی-رفتاری^{۱۰} باشد (گیوا آمو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵؛ ژائو و وانگ^{۱۲}، ۲۰۲۵؛ گومز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵) که توسط آرون بک^{۱۴} در دهه ۱۹۶۰ به عنوان یک رویکرد روان‌درمانی ساختاریافته، محدود به زمان و مبتنی بر شواهد که در ابتدا با هدف درمان افسردگی طراحی شده بود، توسعه یافت و از تحقیقات بک در مورد فرآیندهای شناختی در افسردگی ناشی شد که نشان داد بیماران اغلب افکار منفی تحریف‌شده و خودکار را تجربه

17. cognitions
18. feelings
19. Bryan
20. Quigley
21. cognitive triad
22. Puia
23. automatic thought
24. Marchetti & Pössel
25. Sağbaş
26. Rudd
27. Saber
28. emotional focused therapy
29. evidence-based treatment
30. Edwards
31. Ivanova & Watson

1. suicidal behaviour
2. ideation
3. planning for suicide
4. attempting suicide
5. suicide
6. Quarshie
7. World Health Organization
8. Robinson
9. Cen
10. cognitive-behavioral therapy
11. Giwa-Amu
12. Zhao & Wang
13. Gomez
14. Aaron Beck
15. Brown
16. thoughts

روش

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش نوجوانان دختر تحت پوشش اداره بهداشتی شهرستان نورآباد استان لرستان در تابستان سال ۱۴۰۴ بودند. برای برآورد حجم نمونه از جدول کوهن^{۱۲} (۲۰۱۳) با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ استفاده شد که بر اساس آن هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد. در ابتدا مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) بر روی ۱۳۵ نفر از نوجوانان تحت پوشش بهداشتی اجرا شد و سپس از بین آنهایی که نمره ۱۲ و بالاتر در این مقیاس کسب کردند تعداد ۶۰ نفر به عنوان نوجوانان آسیب‌پذیر از نظر افکار خودکشی شناسایی شدند. در ادامه به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه ۲۰ نفره جایگزین شدند. به این صورت که ۲۰ نفر در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری، ۲۰ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. جلسات درمانی در محل بهداشتی شهرنورآباد برگزار شد. کسب نمره ۱۲ و بیشتر در مقیاس افکار خودکشی، شرکت نکردن همزمان در سایر مداخلات روانشناختی و نداشتن سوء مصرف مواد مخدر از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. توضیح اهداف پژوهش برای نوجوانان شرکت‌کننده و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. از آنجایی که طرح پژوهش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است، لذا برای بررسی داده‌های گردآوری شده و تحلیل آماری آن از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مداخلات و مقایسه مراحل آزمون استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۹ بوده است.

ابزار پژوهش

مقیاس افکار خودکشی^{۱۳} (BSSI): این مقیاس توسط بک^{۱۴} و همکاران (۱۹۷۹) بر اساس کار بر روی نمونه بزرگسالان و نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ سال تدوین شده است و شامل ۱۹ سوال است که روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا بیشترین شدت درجه‌بندی می‌شود. هر سؤال یا عبارت ۳ گزینه دارد، پاسخ به گزینه یک نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد، اما پاسخ به گزینه دو، یک نمره و گزینه سه دو نمره تعلق می‌گیرد. ۵ سوال اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری می‌کند و از این طریق مدت زمان اجرا را در افراد فاقد میل خودکشی کاهش می‌دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند، در سوالات ۶ تا ۱۹ درجه‌بندی می‌شوند. این موارد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی‌گرایانه، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده

نقل از گلیسنٹی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). به طور کلی، درمان هیجان‌مدار درمانی است که تمرکز درمانگر نه تنها بر آگاهی دادن از طریق محتوای ذهنی است (زواک و گرینبرگ^۲، ۲۰۲۰) که از طرف درمانجو انکار یا تحریف شده است، بلکه ایجاد مفهوم جدید متأثر از تجربه جسمی درمانجو را نیز در نظر دارد (بروباچر و جانسون^۳، ۲۰۱۹). گرینبرگ^۴ (۲۰۱۱) بر این باور است که درمان هیجان‌مدار بیشترین تأکید را بر روی تجربیات هیجانی و شناخت افراد دارد. هدف اصلی این درمان، ایجاد تغییر در هیجانات غیرانطباقی، با آگاهی زیاد و بیان هیجانات، یادگیری نظم‌جویی هیجانات و فعال‌سازی هیجانات انطباقی است (گرینبرگ، ۲۰۱۱).

آنچه که مشخص است هم درمان شناختی-رفتاری (گیوا آمو و همکاران، ۲۰۲۵؛ ژائو و وانگ، ۲۰۲۵؛ گومز و همکاران، ۲۰۲۵) و درمان هیجان‌مدار (نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵) بر کاهش مشکلات نوجوانان اثربخشی معنادار دارند. اما مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری کمتر بر روی این نوجوانان به ویژه نوجوانانی که تحت پوشش حمایتی مادی و معنوی بهداشتی هستند، انجام شده است. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار در جامعه نوجوانان پرداخته است کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان روانشناختی موثر و مورد نیاز این گروه آسیب‌پذیر از جامعه را برای کاهش مشکلات هیجانی و روانشناختی آنان را شناسایی کرد. چرا که تحقیقات نشان داده است که نوجوانان دختر از نظر دسترسی‌پذیری کمتر به سلامت جنسی (سپتیانا^۵ و همکاران، ۲۰۲۵)، تاب‌آوری هیجانی پایین‌تر (رودولف^۶ و همکاران، ۲۰۲۵)، افسردگی (وانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۵؛ ورسینگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۵) و دارا بودن افکار خودکشی (چن^۹ و همکاران، ۲۰۲۵؛ بکر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵؛ براتوسج^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵) مشکلاتی دارند که آنان را به عنوان قشری آسیب‌پذیر تبدیل کرده است. لذا، در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات درمانی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات کاهش این نوجوانان فعالیت می‌کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلوایحات کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش آن بود که آیا بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی نوجوانان تفاوت وجود دارد؟

8. Weersing
9. Chen
10. Becker
11. Brausch
12. Cohen
13. Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI)
14. Beck

1. Glisenti
2. Zwack & Greenberg
3. Brubacher & Johnson
4. Greenberg
5. Septiana
6. Rudolph
7. Wang

پایایی کرونباخ محاسبه و ضرایب پایایی برای پیش‌آزمون ۰/۸۲، پس‌آزمون ۰/۹۲، پیگیری ۰/۹۶ به دست آمده است.

جلسات درمانی

جلسات درمان شناختی-رفتاری با اقتباس از آموزه‌های نظری بک^۴ (۲۰۱۱) شامل ۸ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش اول ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقاتی همچون علی‌نقی‌پور و همکاران (۱۴۰۳)، فرجی وستگانی و همکاران (۱۴۰۳) و روحی و همکاران (۱۴۰۱) تایید شده است. هدف، محتوا، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ آمده است. همچنین جلسات درمان هیجان‌مدار با اقتباس از آموزه‌های نظری گرینبرگ (۲۰۱۱) شامل ۸ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش دوم ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقاتی همچون پرنو و همکاران (۱۴۰۴) و ایزدی و همکاران (۱۴۰۴) تایید شده است. هدف، محتوا، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان هیجان‌مدار در جدول شماره ۱ آمده است.

بودن و آرزوی مردن، بازدارنده‌های درونی و بیرونی و سابقه اقدامات قبلی خودکشی مربوط می‌شود. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از صفر تا ۳۸ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده افکار خودکشی بیشتر است (ذراتی و همکاران، ۱۳۹۹). ارزیابی افکار خودکشی در فرد بر اساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳)، دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود (خداپنده و همکاران، ۱۳۹۱). در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی همزمان (ملاکلی) آن با پرسشنامه ذهنی‌سازی^۱ (MQ) فوناگی^۲ و همکاران (۲۰۱۶) تهیه بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون افکار خودکشی با مولفه اطمینان ذهنی‌سازی ۰/۴۲- و مولفه عدم اطمینان ذهنی‌سازی ۰/۷۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (مشتاقی و هاشمی‌پور، ۱۴۰۳). در تحقیقات جدیدتر آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب مقیاس است (زوبل^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهش حاضر

جدول ۱: جلسات درمانی

جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از بک (۱۹۹۳)

جلسات	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین فردی/گروهی (تکالیف)
اول	آشنایی و معارفه بین شرکت‌کنندگان و مداخله گر	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اصول و اهداف الگوی A-B-C	آشنایی و کسب انگیزه جهت مشارکت فعال، برقراری ارتباط اولیه شرکت‌کننده و مداخله گر	نوشتن حداقل ۵ رویداد یا تجربه‌ی منفی قبلی خویش
دوم	آموزش کامل الگوی A-B-C، شناسایی خطاهای فکری	آموزش A-B-C با ذکر مثال، آموزش اعضاء برای شناسایی خطاهای فکری (معیارهای قدیس بودن) و ارائه پاسخ‌های جایگزین	ارتقاء آگاهی درباره طرز تفکر و تأثیرات آن بر احساسات توانایی تکمیل کاربرگ‌های مداخله و کنترل باورهای قدیسانه	نوشتن بدترین حوادث زندگی به روش A-B-C، همچنین ده مورد از باورهای قدیسانه.
سوم	آموزش خطاهای فکری، افکار خودآیند، پاسخ‌های جایگزین	آموزش افکار خودآیند، آموزش علائم اضطراب، شناسایی خطاهای فکری.	توانایی شناخت انواع خطاهای شناختی. توانایی کنترل افکار خودآیند را داشته باشد.	وشتن افکار خودآیند منفی در برگه A-B-C، نوشتن افکار مضطرب
چهارم	آموزش انواع تکنیک مواجهه با افکار منفی	تزییق فکر (در چهارچوب چرخه تفکر آلیس)، تمرین تزییق فکر، چالش با افکار خودآیند	ارتقاء کیفیت مواجهه با افکار منفی، تکنیک تزییق فکر، توجه برگردانی، چالش با افکار مزاحم	انجام تمرینات تزییق فکر و نوشتن آن بر روی کاغذ.
پنجم	آموزش تکنیک درجه‌بندی افکار و هیجان‌ها	چالش با افکار خودآیند، درجه‌بندی افکار خودآیند و پاسخ منطقی بر اساس مقیاس ۱ تا ۱۰۰	توانایی درجه بندی هیجان‌ها و افکار	ثبت هیجان‌های ناخوشایند و درجه‌بندی آنها، ثبت افکار خودآیند و پاسخ منطقی.
ششم	آموزش تکنیک تن‌آرامی	آموزش تکنیک تن‌آرامی به روش جاکوبسون (عضلانی)	استفاده از روش تن‌آرامی عضلانی در مواقع اضطراب‌آور	اجرای تکنیک روزانه، ثبت افکار و احساسات قبل و بعد از اجرای تکنیک.
هفتم	آموزش تکنیک حل مسئله	آموزش تکنیک حل‌مسأله، با ارائه مثال‌های ملموس، و تمرین حل مشکل فرضی	ارتقاء کیفیت روبرو شدن با مسائل مختلف زندگی و حل مسئله	تمرین شیوه‌های حل مسئله در مواجهه با شرایط اضطراب‌آور
هشتم	آموزش شیوه ایفای نقش، و اختتامیه جلسات	مرور تکنیک‌های گذشته، و توضیحاتی درباره پس‌آزمون، اخذ پس‌آزمون و اعلام زمان برای اجرای مرحله پیگیری	شیوه ایفای نقش بهبود یابد، نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری با پیش‌آزمون داشته باشند	جمع‌بندی و مرور کلی تکالیف جلسات گذشته

3. Zobel
4. Beck

1. Metallization Questionnaire (MQ)
2. Fonagy

جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از نظری گرینبرگ (۲۰۱۱)

جلسات	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین فردی/گروهی(تکالیف)
اول	آشنایی، معرفی برنامه آموزشی	معرفی و ایجاد رابطه درمانی، پذیرش اعضا و خوشآمدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و رهبر گروه، بیان کلی در مورد اهداف درمان هیجان‌مدار، بیان قوانین گروه؛ اهمیت رعایت نظم و فعال بودن در بحث‌ها و انجام دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات، تعداد و مدت آنها	آماده شدن برای ورود به جلسات درمانی	تعامل با نوجوانان، توجه به احساسات، هیجانات و رفتارهای خود
دوم	تحلیل و تغییر هیجانات	پذیرش و انعکاس تجربیات(تعاملی و هیجانی) مشترک اعضا، کشف تعاملات مشکل‌دار و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی آشفته‌ساز، مشخص کردن رابطه پاسخ‌های هیجانی اعضا با سطوح دل‌بستگی، ارزیابی مشکل و موانع دل‌بستگی	کشف تعاملات مشکل‌دار	تمرین سبک پردازش هیجانی و تلاش برای پذیرش احساسات خود
سوم	تحلیل و تغییر هیجانات	ایجاد فضای امن ارتباطی اعضای گروه، کشف و شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده، ابراز احساسات و هیجانات خالص، کشف ترس‌ها و ناپیمنی‌های اساسی در ارتباطات اعضا و کمک به اعضا جهت تجربه مجدد عواطف	شناسایی احساسات زیربنایی	تمرین تجربه هیجان‌ها و پذیرش احساسات خود
چهارم	درگیری هیجانی عمیق	شکل‌دهی مجدد چرخه تعاملات، روشن‌سازی پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین درمانگر و اعضای گروه، پذیرش چرخه تعامل توسط اعضا	پذیرش چرخه تعامل	تمرین برای ابراز هیجانات و تلاش برای تنظیم هیجانی
پنجم	درگیری هیجانی عمیق	پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دل‌بستگی انکار شده هیجانات، تلفیق نیازها با تعاملات، کمک به خودافشایی بیشتر اعضا	شناسایی نیازهای دل‌بستگی انکار شده هیجانات	تمرین فن کار با صندلی برای هیجان‌ها
ششم	درگیری هیجانی عمیق	گسترش تجربه‌های هیجانی هر یک از اعضا، افزایش پذیرش تجربه‌های اطرافیان، تملک هیجانات، افزایش پذیرش پاسخ‌های تعاملی جدید، هماهنگ نمودن تشخیص درمانگر با اعضای گروه	افزایش پذیرش تجربیات	تمرین برای از بین بردن وقفه-های هیجان
هفتم	تحکیم و یکپارچه‌سازی	تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها جهت ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک‌های جدید تعاملات، تغییر رفتارهای آسیب رسان، بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی و پاسخ به سوالات اعضای گروه	بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید	تمرین رفتار و تجربه احساسات بر اساس بینش تجربه‌ای
هشتم	یکپارچه‌سازی و اجرای پس‌آزمون	تحکیم چرخه ایجاد شده فعلی، پذیرش وضعیت‌های جدید، مرور یادگیری‌های اصلی درمان توسط اعضا؛ بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی اجرای طرح آموزشی، راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس‌آزمون و تعیین زمان برای اجرای دوره پیگیری	تشخیص و تنظیم هیجانات و ابزار هیجانات به جای سرکوب	تمرین روش‌های آموخته شده و تلاش برای به کارگیری آنها در زندگی

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن در درمان شناختی-رفتاری ۱۵/۸۵ و ۱/۵۰؛ میانگین و انحراف معیار در گروه درمان هیجان‌مدار ۱۵/۷۰ و ۱/۵۶ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۱۵/۹۵ و ۱/۷۰ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=۰/۱۳$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=۰/۸۸۲$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار افکار خودکشی نوجوانان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار افکار خودکشی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر وابسته	مرحله	میانگین		انحراف معیار	
		شناختی/رفتاری	هیجان‌مدار	شناختی/رفتاری	هیجان‌مدار
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۱۲/۶۵	۱۳/۰۰	۰/۷۴	۰/۸۶
	پس‌آزمون	۱۰/۷۰	۱۲/۸۰	۰/۶۶	۱/۱۵
	پیگیری	۱۰/۸۰	۱۲/۸۵	۰/۷۰	۱/۱۴

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار افکار خودکشی نوجوانان گروه‌های آزمایش (درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌های گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلک در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سوال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($p > 0/05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از $0/05$ بود و این نشان‌دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه

پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای افکار خودکشی برابر $0/01$ به دست آمد که این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است، پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۲ و هیون-فلدت^۳ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۴ (۱۹۹۶؛ به نقل از همت‌یار و همکاران، ۱۴۰۳) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از $0/75$ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچک‌تر از $0/75$ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود (ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای افکار خودکشی از $0/75$ کوچک‌تر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افکار خودکشی گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) افکار خودکشی

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
افکار خودکشی	زمان	۱۱۶/۰۳	۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۷/۵۷	۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه	۲۶/۱۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰

نتایج جدول ۳ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر کاهش افکار خودکشی اثربخشی و تاثیر معنادار دارد. تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات افکار خودکشی معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که صرف نظر از گروه‌های آزمایشی بین میانگین نمرات افکار خودکشی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثرات

تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار می‌باشد، که می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات افکار خودکشی در زمان‌های مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در افکار خودکشی در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی افکار خودکشی برای بررسی پایداری نتایج

متغیر وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۱۲/۸۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۵۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۳۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۴۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۴۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۱۴۲

1. homogeneity of regression
2. Greenhouse-Geisser correction

3. Huynh-Feldt correction
4. Stevens

بر اساس نتایج جدول ۴ درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی افکار خودکشی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
افکار خودکشی	درمان شناختی/رفتاری	۱۱/۳۸	درمان شناختی/رفتاری-هیجان‌مدار	۰/۰۳	۰/۹۹۹
	درمان هیجان‌مدار	۱۱/۳۵	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱/۴۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲/۸۵	درمان هیجان‌مدار - کنترل	-۱/۵۰	۰/۰۰۱

افکار خودکشی که در ذهن خود پرورانده‌اند، ممکن است رفتارهای غیرقابل کنترل و تکانشگرانه‌ای از خود نشان بدهند که لزوم بررسی سبک‌های پردازش اطلاعات را در این افراد نمایان می‌سازد. درمان شناختی-رفتاری به فرد، تکنیک‌های عملی برای چگونگی تجدید نظر در افکار منفی و به‌کارگیری مهارت‌های رفتاری برای مبارزه با افکار خودکشی را یاد می‌دهد. همچنین، روش‌های درمان خودکشی می‌توانند به فرد کمک کنند تا به ریشه افکار خودکشی خود برسد و بفهمد که چرا چنین احساسی دارد، چه چیزی باعث افکار خودکشی‌اش شده است و برای سالم ماندن چه باید بکند. درمان شناختی-رفتاری نظریات رفتاری و نظریات شناختی را ادغام کرده تا فرد به این نتیجه برسد که ادراک وی از یک موقعیت، بیشتر از خود واقعیت، واکنش فرد نسبت به آن را تعیین می‌کند. زمانی که فرد ناراحت یا ناامید باشد، دیدگاه او ممکن است واقع‌گرایانه نباشد. تغییر نحوه تفکر و نگاه مراجعین به دنیا می‌تواند پاسخ آنها به شرایط را تغییر دهد و موجب افزایش تحمل پریشانی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و بحرانی زندگی شود. از این رو، می‌توان منطقی دانست که گفته شود، درمان شناختی-رفتاری بر افکار خودکشی نوجوانان موثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش اداره بهزیستی موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج نوروزی همایون و همکاران (۲۰۲۵) هم‌راستا است که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش افکار خودکشی را نشان داده‌اند. افزون بر این نتیجه ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار، که رویکردهای سیستمی مبتنی بر دلبستگی و تجربی را ادغام می‌کند، به عنوان یک مداخله امیدوارکننده برای افراد مختلف با مشکلات روانشناختی و هیجانی ظهور کرده است. این رویکرد بر عوامل درون‌فردی و فرآیندهای تعارض تمرکز دارد و هدف آن کاهش در ساختارهای روانشناختی زیربنایی در روابط بین فردی است، نه صرفاً حل تعارضات (نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵). این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس از اینکه دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد؛ به همین دلیل افراد رفته رفته موفق می‌شوند هیجان‌ات سرکوب‌شده و ناآشکاری که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند (بروباچر و جانسون، ۲۰۱۹). تغییر در درمان هیجان‌مدار به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیربنایی تعامل کشف

با توجه به جدول ۵ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر افکار خودکشی نوجوانان دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش اداره بهزیستی بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش اداره بهزیستی موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج گیوا آمو و همکاران (۲۰۲۵)، ژائو و وانگ (۲۰۲۵) و گومز و همکاران (۲۰۲۵) هم‌راستا است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودکشی را نشان داده‌اند. افزون بر این، نتیجه ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین یافته پژوهش می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری از جمله مداخلات روانشناختی است که بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر به‌سزایی بر عواطف شخصی دارد، قرار گرفته است. درمان شناختی-رفتاری، بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر، در رفتار و احساس در شکل‌گیری افکار خودکشی تأکید دارد. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری هیجان‌های منفی را پیامد الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و همچنین الگوهای پردازش اطلاعات سوءگیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی در نظر می‌گیرد. در درمان شناختی-رفتاری مشکلات زمانی آغاز می‌شوند که سوءگیری‌های سیستماتیک در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ‌های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند. به طور کلی می‌توان گفت شناخت‌واره‌های نوجوانی که افکار خودکشی را در خود پرورانده، مملو از مضامین شناختی ناسازگارانه‌ای است که احساسات و هیجان‌های ناکارآمد و رفتارهای مخرب نظیر خودآسیب‌رسانی تعدمی و خودکشی را در وی سبب می‌شود. از آنجا که تفکر این نوجوانان بسیار سوءگیری دارد و با سبک‌های پردازش اطلاعات مخرب و سوءگیرانه به مسائل و مشکلات خود پاسخ می‌دهند و همین‌طور به دلیل عدم تحمل پریشانی و

با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار پرداخته شود. در سطح عملی، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای کاهش افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش ادارات بهزیستی شهرستان‌ها توسط مشاوران، روانشناسان و مددکاران این ادارات به کار برده شوند و تقدم استفاده در کاهش افکار خودکشی نوجوانان با درمان هیجان‌مدار است.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگانی (نوجوانان) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است.

دسترسی به داده‌ها

امکان اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران برای اشتراک‌گذاری داده‌ها، می‌توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

نقش نویسندگان

مصطفی بهرامی مقدم: طراحی ایده، روش کار و جمع‌آوری داده‌ها.
کریم افشاری‌نیا: نظارت و مدیریت پروژه.
سعیده سادات حسینی: نظارت و مدیریت پروژه.
آریتا چهری: بررسی و ارائه نکات تکمیلی.

شده و تجربه می‌شوند و مجدداً مورد پردازش قرار می‌گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند و همین پردازش مجدد و شکل‌گیری تعاملات جدید به نوجوان کمک می‌کند که افکار خودکشی کمتری را تجربه کند. از این رو، می‌توان منطقی دانست که درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی نوجوانان موثر باشد.

در نهایت، نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری بر افکار خودکشی نوجوانان تحت پوشش اداره بهزیستی داشته است. این نتیجه به دست آمده با نتایج نوروزی همایون و همکاران (۲۰۲۵) هم‌راستا است که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش افکار خودکشی را نشان داده‌اند. افزون بر این، نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش پورجعفری و پورشفیعی (۲۰۲۵) ناهمسو است که نشان داده‌اند که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر افکار خودکشی تفاوتی وجود ندارد و هر دو به یک میزان بر کاهش افکار خودکشی اثربخشی دارند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که داشتن افکار خودکشی به معنای آن است که نوجوانان دختر احساس بی‌ارزشی، تنفر از خود و بی‌استفاده بودن را تجربه می‌کنند، و درمان هیجان‌مدار، با فعال کردن هیجان قوی اولیه‌ای که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود، باعث می‌شود که نوجوانان نسبت به گذشته جرات مندتر شده و بتوانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش، احساس تنفر، بی‌ارزشی و بی‌استفاده بودن را مورد سوال قرار دهند (زواک و گرینبرگ، ۲۰۲۰). درمان هیجان‌مدار دریافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می‌گیرد تا به طور تجربی بتواند در درجه اول، یک حس فراتجربی از خود ارتباط با لحظه اکنون ایجاد نموده، هیجانات سرکوب شده و ناآشنای که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند و با کشف پاسخ‌های هیجانی زیربنایی و تجربه مجدد، تعاملات جدیدی شکل دهند که حاصل آن کاهش تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن می‌باشد که همین سبب می‌شود که فرد افکار خودکشی کمتری داشته باشد. بنابراین درمان هیجان‌مدار به نوجوانان دختر کمک می‌کند که پیچیدگی‌های روابط مادام‌العمر و ریشه‌های روان‌زای خود را درک کنند و افکار، رفتارها و تعاملات خود را به شیوه‌ای سالم مدیریت کنند (گرینبرگ، ۲۰۱۷) و کمتر به فکر پایان دادن به زندگی خود باشند. از این رو، می‌توان منطقی دانست گفته شود که درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری بر افکار خودکشی نوجوانان داشته باشد.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت، انتخاب نمونه از شهرستان نورآباد لرستان ایجاب می‌کند که در تعمیم یافته‌ها جانب احتیاط را در نظر داشت. ملاک داشتن افکار خودکشی نمره ۱۲ و بیشتر بر اساس مقیاس افکار خودکشی بوده است و شدت افکار خودکشی مشخص نشده است. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی نوجوانان اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده باهم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. در پژوهش‌های بعد

References

- Akbari, Z., Serjouie, F., Yaztappeh, J. S., Turkzadeh, M. H., Ziaei, F., Bagheri, A., ... & Kianimoghadam, A. S. (2025). Investigating the Relationships between Internet Addiction and Suicidal Ideation in Adolescent Girls. *Iranian Journal of Psychiatry*, 20(1), 48-68. <https://doi.org/10.18502/ijps.v20i1.17401>
- Alinaghypour, S., Ghalamkarian, S.M., Fahami, R. (2024). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Positive Thinking Skills and Interpersonal Conflicts in Children of Divorce. *Journal of Psychological Studies*, 20(1), 103-117. (In Persian) <https://doi.org/10.22051/psy.2024.45131.2860>
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.19>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
- Becker, S. P., Miller, M. C., Crosby, E. S., & Dvorsky, M. R. (2025). Interpersonal needs in relation to depression and suicidal ideation in early adolescents: the moderating roles of ADHD and sex. *Journal of affective disorders*, 1(2), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120227>
- Brausch, A. M., Kalgren, T., & Littlefield, A. (2025). Onset and offset of nonsuicidal self-injury prospectively associates with emotion regulation and suicide ideation in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 373(1), 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.004>
- Bryan, C. J., Khazem, L. R., Baker, J. C., Brown, L. A., Taylor, D. J., Pruiksma, K. E., ... & Rudd, M. D. (2025). Brief cognitive behavioral therapy for suicidal military personnel and veterans: The Military Suicide Prevention Intervention Research (MSPIRE) randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 1(2), 1-15. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.2850>
- Brown, L. K., Baltrusaitis, K., Kennard, B. D., Emslie, G. J., Chernoff, M., Buisson, S., ... & Shapiro, D. E. (2022). Forty-eight week outcomes of a site-randomized trial of combined cognitive behavioral therapy and medication management algorithm for treatment of depression among youth with HIV in the United States. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 91(3), 296-304. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000003058>
- Brubacher, L., & Johnson, S. M. (2019). Clarifying the negative cycle in emotionally focused therapy. In *Encyclopedia of couple and family therapy* (pp. 443-448). Cham: Springer International Publishing. <https://cls.unc.edu/wp-content/uploads/sites/3019/2018/12/Clarifying-Negative-Cycle-ECFT-2018.pdf>
- Cen, Y., He, J., Zhong, Y., Zhou, J., Zeng, J., Huang, G., & Luo, J. (2024). The mediating role of sleep problems and depressed mood between psychological abuse/neglect and suicidal ideation in adolescent childhood: a multicentred, large sample survey in Western China. *BMC psychiatry*, 24(1), 64-84. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05503-x>
- Chen, Z., Zhang, J., Zhang, T., Zhang, F., Liu, Y., Ma, Y., ... & Zhou, Z. (2025). The relationship between early adolescent bullying victimization and suicidal ideation: the longitudinal mediating role of self-efficacy. *BMC Public Health*, 25(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22201-9>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Edwards, C., Wittenborn, A. K., Morgan, P., Pratt, F., & Heiden-Rootes, K. (2025). The transition to Teletherapy: Experiences of emotionally focused therapists. *Family Process*, 64(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/famp.13068>
- Faraji Vastegani, H., Seifi Gandomani, M. Y., & Kalantari meybodi, S. (2024). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Quality of Life Therapy on Depression in Adolescents. *Clinical Psychology Achievements*, 10(3), 51-64. (In Persian) <https://doi.org/10.22055/jacp.2024.47783.1409>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*, 11(7), 1-28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Giwa-Amu, F. O. C., & Giwa-Amu, H. O. (2025). Effectiveness of cognitive behavioural therapy on suicidal ideation among male and female in-school adolescents in Abuja municipal area council. *Aminu Kano Academic Scholars Association Multidisciplinary Journal*, 1(2), 13-28. <https://akasa.com.ng/ojs/index.php/journal/article/view/26>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Gomez, K., Canon, T., & Barr, E. A. (2025). Cognitive-Behavioral Therapy and Suicide Risk in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.3928/02793695-20250305-03>
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2010-13684-000>
- Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-Focused Therapy* (Revised ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/15971-000>
- Izadi, E., Jajarmi, M., & Bakhshipour A. (2025). Comparing the effectiveness of compassion therapy (cft) and emotion-focused therapy (eft) on fear of loneliness and negative evaluation and dyslexia of teenage girls with psychosomatic problems. *Journal of Psychological Science*. 24(148), 211-227. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.61186/jps.24.148.211>

- Khodabande, F., Nourbala, A., Kahani, S., & Bagheri, A. (2012). A Study on the Factors that Associated with Attempting Suicide in Middle and Old Age. *Health Psychology, 1*(1), 81-92. (In Persian) <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221283.1391.1.1.7.4>
- Marchetti, I., & Pössel, P. (2023). Cognitive triad and depressive symptoms in adolescence: specificity and overlap. *Child Psychiatry & Human Development, 54*(4), 1209-1217. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01323-w>
- Moshtaghi, S., & Hashemipoor, F. (2024). Modeling Suicidal ideation based on Insecure Attachment Style, Mentalizing Ability and Alexithymia in Female Students. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 12*(2), 98-110. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.12.2.98>
- Nazarzadeh, M., Bidel, Z., Ayubi, E., Asadollahi, K., Carson, K. V., & Sayehmiri, K. (2013). Determination of the social related factors of suicide in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health, 13*(1), 4-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-4>
- Noroozi Homayoon, M., Akhavi Samarein, Z., Sadeghi, M., Hatami Nejad, M., & Jafari Moradlo, M. (2025). Comparing the Efficacy of Emotion-Focused Therapy and Transcranial Direct Current Stimulation On Impulsivity, Emotion Regulation, And Suicidal Ideation In Young People With Borderline Personality Disorder. *Journal of Research in Psychopathology, 6*(1), 33-42. <https://doi.org/10.22098/jrp.2024.14488.1221>
- Parnov, M., Bahrainian, A., Shahabizadeh, F., & Malihialzackerini, S. (2024). Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) with metacognitive therapy (MCT) on emotional-social competence of 13- to 18-year-old male students in divorced families. *Journal of Psychological Science, 23*(141), 251-266. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.141.2295>
- Pourjafari, M., & Mirshafiei, F. (2025). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Group Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Suicidal ideation and Emotional Security of Women with Major Depression. *International Journal of Body, Mind & Culture, 12*(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.61838/ijbmc.v12i1.725>
- Puia, A. M., Mihalcea, A., & Rotărescu, V. Ş. (2025). Well-being factors. An item-level analysis of the positive cognitive triad role, in the relationship between resilience and well-being. *Acta psychologica, 253*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104692>
- Quarshie, E. N. B., Dickson, E. D., Quarshie, S. N. S., Kpebu, S. E. A., & Asante, K. O. (2025). Suicidal ideation and suicide attempt among pregnant adolescent girls in Ghana: a cross-sectional study. *General Psychiatry, 38*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2024-101643>
- Quigley, L., Thiruchselvam, T., & Quilty, L. C. (2022). Cognitive control biases in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin, 148*(9-10), 662-709. <https://psycnet.apa.org/buy/2023-41359-001>
- Robinson, W. L., Droege, J. R., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Keenan, K. (2016). Brief report: Suicidal ideation in adolescent girls: Impact of race. *Journal of adolescence, 53*(1), 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.08.013>
- Rouhi, M., Manzari Tavakoli, A., & Tajrobehkar M. (2023). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coherent Self- Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 21*(10), 1055-1070. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055>
- Rudolph, K. D., Troop-Gordon, W., Skymba, H. V., Modi, H. H., Ye, Z., Clapham, R. B., ... & Heller, W. (2025). Cultivating emotional resilience in adolescent girls: Effects of a growth emotion mindset lesson. *Child Development, 96*(1), 389-406. <https://doi.org/10.1111/cdev.14175>
- Saber, A. F., Ali, A., Hasan, H. A., Ahmed, S. K., & Hussein, S. (2025). Cognitive behavioral therapy for suicidal ideation: extending the stepped care model. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 55*(1), 21-28. <https://doi.org/10.1007/s10879-024-09639-5>
- Sağbaş, S., Korkmaz, Ş. A., & Öyekçin, D. G. (2025). The Effect of Brief Group Psychoeducation on Cognitive Distortions, Automatic Thoughts and Functioning in Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 32*(5), 1-15. <https://doi.org/10.1002/cpp.70165>
- Septiana, K. S., Adnani, Q. E. S., Susiarno, H., Tarawan, V. M., Arya, I. F. D., & Anwar, R. (2025). The Influence of Anemia Education Media on Increasing Self-Awareness and Compliance in Consuming Iron Supplements in Adolescent Girls: A Systematic Review. *International Journal of Women's Health, 1*(2), 2277-2289. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S532950>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder. *New Advances in Behavioral Sciences, 10*(58), 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html> (In Persian)
- Wang, J., Hu, X., Li, Y., Li, S., Wang, T., Wang, D., ... & Wan, C. (2025). Impaired lipid homeostasis and elevated lipid oxidation of erythrocyte membrane in adolescent depression. *Redox Biology, 80*(1), 1-15.
- Weersing, V. R., Goger, P., Schwartz, K. T., Baca, S. A., Angulo, F., & Kado-Walton, M. (2025). Evidence-Base Update of Psychosocial and Combination Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 54*(1), 1-51. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2384022>
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. World Health Organization. <https://books.google.com/books?>

- Zarrati, I., bermas, H., & Sabet, M. (2020). Correlation between Childhood Trauma and Suicidal Ideation by Mediation of Mental Pain and Object Relations. *Journal of Health Promotion Management*, 9(3), 34-48. (In Persian) <http://jhpm.ir/article-1-1143-fa.html>
- Zhao, M., & Wang, P. (2025). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Influential Factors in Patients With Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PsyCh Journal*, 1(2), 1-15. <https://doi.org/10.1002/pchj.70034>
- Zobel, S. B., Colombi, F., Amadori, C., Rogier, G., & Velotti, P. (2024). Shame-proneness touches the relationship between pathological narcissism and suicide ideation. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100749>
- Zwack, J., & Greenberg, L. (2020). Where are the emotions? How emotion-focused therapy could inspire systemic practice. In *Systemic research in individual, couple, and family therapy and counseling* (pp. 249-264). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36560-8_14