

Studying the Effectiveness of Combinational Therapy of Emotion-Focused and Problem Solving on Decreasing Depression and Suicide Ideation in Mothers with Addicted Children

Rebatjazi E¹, *Jafari A²

Author Address

1. MA in Rehabilitation Counseling, Counseling Faculty, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Psychology Faculty, College of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran.

*Corresponding Author's Email: As_Jafari@sbu.ac.ir

Received: 2022 February 2; Accepted: 2022 May 28

Abstract

Background & Objectives: One of the factors that affects the mental health of parents in the family is living with an addicted child. In these families, women are more vulnerable than fathers. They are more involved in negative emotions and feelings than men, experiencing more stress, anxiety, depression, and negative and dysfunctional thoughts. High vulnerability of mothers with addicted children can lead to psychological and social disorders such as suicidal ideation and self-harming behavior. The social and psychological vulnerability of mothers with addicted children is greater than that of the general population. Considering the high prevalence of addiction in Iran and its destructive psychological, social, and economic effects on the family, especially mothers, the present study aimed to determine the effectiveness of combinational therapy of emotion-focused and problem-solving on decreasing depression and suicide ideation in mothers with addicted children.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest and a one-month follow-up design with a control group. The study population included depressed mothers with addicted children living in Sabz Masir Camp of Sabzevar City, Iran, in 2021. Forty volunteer participants who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned to two groups: experimental and control (each 20 mothers). The inclusion criteria included women with addicted children, obtaining a score of 30 or higher on the Depression Inventory, having a minimum diploma level, attending meetings, and being willing to do homework and exercises. The exclusion criteria included having a physical illness or underlying mental disorder other than depression, lack of cooperation in the research stages, absence in two consecutive sessions, and taking antidepressant medication before the session. The research tools included the Beck Depression Questionnaire (Beck, 1996). The validity of the initial version of this questionnaire was reported to be 0.79. The internal stability of the whole instrument was 0.86, and its alpha coefficients were reported for the patient group as 0.86 and for the non-patient group as 0.81. The other research tool was the Beck Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1988). Beck et al. reported that the internal correlation of this test was 0.89, and the reliability of the retest was 0.83. Also, the concurrent validity of the Beck Scale for Suicide Ideation with the General Health Questionnaire was 0.76, and its reliability using the Cronbach alpha method was 0.95. The tests were administered in three stages for two groups. The combinational therapy was administered to the experimental group during eight weekly sessions (90 minutes for each session). The obtained data were analyzed using mixed model repeated measures analysis variance. Timulak et al. (2018) combined emotion-oriented and solution-based treatment programs based on emotion-focused and problem-solving methods. The content validity of which has been confirmed.

Results: Combinational therapy based on emotion-focused and problem-solving can decrease the wish to die ($p < 0.001$), desire to suicide attempt ($p < 0.001$), covert attempt ($p < 0.001$), suicide ideation ($p < 0.001$), and depression ($p < 0.001$). Also, these effects remained stable at follow-up ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that the combination of emotion-focused therapy and problem-solving training is effective in reducing depression and suicidal ideation of mothers with addicted children. Considering the effectiveness of this treatment program, it is recommended to use this program to reduce depression and suicidal thoughts of mothers with addicted children. To explain the effect of combination therapy, it can be said that cognition and emotions are two very important and basic aspects of human life. The basis of most human behaviors and their interactions are evident. Therefore, to better understand suicidal behaviors and their behavioral correlations, it is necessary to study both the cognition and emotion constructs.

Keywords: Emotion, Problem-solving, Suicide, Depression.

بررسی اثربخشی درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران با فرزند معتاد

الهام رباط جزئی^۱، *اصغر جعفری^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاوره توان‌بخشی، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

*رابطانامه نویسنده مسئول: As.Jafari@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ بهمن ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۷ خرداد ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: آسیب‌پذیری روانی اجتماعی مادران درقبال فرزندان بیشتر از سایر افراد است. آسیب‌پذیری مادران دارای فرزند معتاد می‌تواند زمینه بروز افکار خودکشی و رفتار خودآسیبی را فراهم کند؛ از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران دارای فرزند معتاد بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری را مادران افسرده و دارای فرزند معتاد در کمپ مسیر سبز شهر سبزوار در شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. چهل نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و در گروه‌های بیست‌نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامه افسردگی بک (بک، ۱۹۹۶) و مقیاس افکار خودکشی بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) بود که در سه مرحله در هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش برنامه درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله را در پانزده جلسه هفتگی نوددقیقه‌ای دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل اندازه‌های تکراری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله می‌تواند تمایل به مرگ ($p < 0/001$)، آمادگی برای خودکشی ($p < 0/001$)، کتمان خودکشی ($p < 0/001$)، افکار خودکشی ($p < 0/001$) و افسردگی ($p < 0/001$) را کاهش دهد. این تأثیر در مرحله پیگیری یک‌ماهه پایدار ماند ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران دارای فرزند معتاد تأثیر دارد؛ بنابراین با توجه به کارآمدی این برنامه درمانی، پیشنهاد می‌شود برای کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران دارای فرزند معتاد از برنامه مذکور استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: هیجان، حل مسئله، خودکشی، افسردگی.

دارودرمانی و روان‌درمانگری پویایی، شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری و خانواده‌درمانی، روش‌های درمانی رایج درمان افسردگی و افکار خودکشی است. درمان ترکیبی که می‌تواند جنبه‌های عاطفی و شناختی مشکل را به‌خوبی تحلیل کند، برای درمان افسردگی و کاهش افکار خودکشی مناسب‌تر است (۱۰).

درمان هیجان‌های مسدودشده و کمک به پردازش هیجانی^۹، در برون‌ریزی هیجان‌های دردناک و ناخوشایند تأثیرگذار است؛ اما در پاک‌کردن یا کاهش شناخت‌های منفی و ناکارآمد سهمیم در افسردگی و افکار خودکشی، اثر ندارد. درمان‌های شناختی مانند حل مسئله^{۱۰} نیز به‌تنهایی کافی نیست. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که در روش‌های درمان شناختی^{۱۱}، نشانه‌های اختلال پس از درمان در بسیاری از بیماران عود کرده است (۱۱). در درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله به‌طور عمیقی بر نقش هیجان‌ها در سلامت روانی افراد تأکید می‌شود. همچنین در این روش پس از برون‌ریزی هیجان‌ها و پردازش هیجانی، افراد فعالانه موقعیت‌های مشکل‌زا را در زندگی خود را شناسایی می‌کنند و به طراحی راه‌حل‌های ممکن برای حل مشکلات زندگی می‌پردازند. به‌کارگیری راه‌حل‌های مناسب و مؤثر، به افراد کمک می‌کند تا برای مواجهه با موقعیت‌ها در زندگی، پاسخ‌های مؤثر و سازش‌یافته‌ای پیدا کنند (۱۲).

باتوجه به نقش هیجان‌ها در ایجاد و تشدید افسردگی و افکار خودکشی، به‌نظر می‌رسد مداخلات مبتنی بر درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش مهارت حل مسئله که به تسهیل‌سازی روند پردازش هیجان‌ها و مقابله مؤثر با مشکل در چارچوب بارش فکری می‌پردازد، می‌تواند در درمان این اختلالات تأثیرگذار باشد (۱۲). درمان هیجان‌مدار^{۱۲} رویکردی یکپارچه است که از سه دیدگاه سیستمی و انسان‌گرا (تجربه‌گرایی) و نظریه دلبستگی بزرگسالان تشکیل می‌شود. این روش درمانی توسط جانسون ابداع شد (۱۳). باتوجه به نقش عمده هیجان‌ها در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ها و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی می‌پردازد و هیجان‌ها را محور تغییر در نظر می‌گیرد. روان‌درمانگران هیجان‌مدار برای بررسی و درک هیجان‌های مراجع در فرایند درمان، به چهار نوع هیجان‌های سازگار اولیه، هیجان‌های ناسازگار اولیه، هیجان‌های ثانویه و هیجان‌های ابزاری توجه می‌کنند. هیجان در سازمان‌دهی تجربه فرد از واقعیت، احساس از خود و جهت‌گیری به‌سمت دیگران نقش دارد. همچنین از طریق دسترسی به هیجان‌ها و معنای عاطفی می‌توان مشکلات عاطفی و هیجانی را درمان کرد. درمان هیجان‌مدار طبق سه راهبرد زیر انجام می‌شود: ۱. دسترسی و اصلاح معنای عاطفی سازش‌نیافته در ارتباط با تجربه‌های ترس و اضطراب و شرم؛ ۲. دسترسی به هیجان‌های سازش‌یافته سرکوب‌شده در گذشته مانند خشم و اندوه؛ ۳. فراهم‌کردن یک تجربه اصلاحی با درمانگر (۱۳). در این

خانواده کوچک‌ترین نهاد اجتماعی است که سلامت روانی^۱ افراد به سلامت خانواده و سایر اعضای آن بستگی دارد. از عواملی که بر سلامت روانی والدین در خانواده تأثیر می‌گذارد، زندگی با فرزند معتاد^۲ است (۱). خانواده‌ای که فرزند معتاد دارد با انواع مشکلات جسمی و روانی مواجه است (۲). حضور فرزند معتاد، سلامت روانی، تعادل فردی و اجتماعی والدین و به‌طورکلی نظام خانواده را دچار مشکل می‌سازد. والدینی که با فرزند معتاد زندگی می‌کنند، بعد از مدتی مبتلا به افسردگی^۳ و اضطراب^۴ می‌شوند. داشتن فرزند معتاد در خانواده، والدین را دچار تفکر مختل و غیرمنطقی می‌کند و به‌لحاظ عاطفی آنان افسرده می‌شوند (۳).

در خانواده‌های دارای فرزند معتاد، میزان آسیب‌پذیری زنان بیشتر از مردان است و زنان بیشتر از مردان درگیر هیجان‌ها و احساسات منفی می‌شوند و درمقایسه با مردان استرس، اضطراب، افسردگی و افکار منفی و ناکارآمد بیشتری را تجربه می‌کنند (۱). اعتیاد^۵ مشکلات شدید جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای معتاد و خانواده او به‌وجود می‌آورد. مادران باید مشکلات روانی و اجتماعی و اقتصادی زیادی برای مصرف مواد توسط فرد معتاد تحمل کنند و معمولاً به افسردگی مبتلا می‌شوند (۴).

آسیب‌پذیری زیاد مادران دارای فرزند معتاد، زمینه بروز اختلالات روانی و اجتماعی مانند افکار خودکشی^۶ و رفتار خودآسیبی را فراهم می‌آورد. افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیبی، آسیبی اجتماعی و شخصی و خانوادگی محسوب می‌شود. به‌دلیل هزینه زیاد و ناهمخوانی اعتیاد با ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی، خودکشی و خودآسیبی سلامت اجتماعی را تهدید می‌کند (۵).

افکار خودکشی، باور فرد درباره ازبین‌بردن خود است (۵). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه ۱ میلیون خودکشی اتفاق می‌افتد (به نقل از منبع ۶)؛ برای‌این‌اساس خودکشی یکی از دغدغه‌های اصلی سازمان بهداشت جهانی درباره کشورهای توسعه‌یافته و درحال توسعه است (به نقل از منبع ۷). اندوهگین‌بودن، احساس بی‌ارزشی، تمرکزنداشتن فکر، احساس گناه، بی‌خوابی، داشتن حس شکست و خودکشی از علائم افسردگی است (۸).

تحول ضعیف هیجانی و شناختی زمینه شیوع اختلالات روانی را در افراد ایجاد می‌کند. انسداد و سرکوب‌کردن هیجان‌ها و همچنین شناخت‌های مختل، بر ابعاد سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد (۹). افراد مبتلا به نشانگان جسمانی‌سازی^۷، در مهارت تنظیم هیجانی^۸ بیشتر مشکل دارند و موجب می‌شود آن‌ها افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه کنند. راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان، پردازش درست هیجان‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. هیجان‌های منفی معمولاً نشخوار فکری ایجاد می‌کند و باعث می‌شود فرد به افسردگی مبتلا

7. Somatization Symptom

8. Emotional Regulation

9. Emotional Processing

10. Problem-Solving

11. Cognitive Therapy

12. Emotion- Focus Therapy

1. Mental Health

2. Addicted Child

3. Depression

4. Anxiety

5. Addiction

6. Suicide Ideation

روش درمانی، هدف کمک به افراد است تا احساسات و نیازهای خود را شفاف‌سازی کنند و افراد درباره چیزهایی که برایشان اهمیت هیجانی دارد، پذیرش بیشتری پیدا می‌کنند. برای غلبه بر سرکوبی هیجانی و رهاسازی هیجان‌های مسدودشده، آگاهی از وجود انسداد هیجانی و بررسی علل ریشه‌ای و سایر اتفاقات ماندگارکننده آن، اولین گام در پردازش هیجان‌ها در فرایند درمان است (۱۴).

از طرف دیگر برای افرادی که نمی‌توانند به‌طور صحیح از توانایی‌های بالقوه خود استفاده کنند، به‌کارگیری مهارت حل مسئله^۱، مؤثر است. در این روش به افراد کمک می‌شود مشکلات خود را بشناسند، علت آن را شناسایی کنند، به نتایج پی ببرند و راه‌حل‌های جایگزین را برای مقابله با موقعیت‌های مشکل در زندگی به‌کار گیرند (۱۵). داشتن مهارت حل مسئله به‌عنوان مداخله‌ای روان‌درمانی شناختی در کاهش خطر خودکشی در بزرگسالان نقش دارد (۱۶). نتایج مطالعه تأثیر آموزش مهارت حل مسئله در پیشگیری از آسیب به خود روی زندانیان در معرض خطر نشان داد، بهبود مهارت حل مسئله برای جلوگیری از بروز رفتارهای خودآسیبی مانند بریدن یا ایجاد زخم در بدن و خودکشی مؤثر است (۱۷).

آموزش مهارت حل مسئله بر برخی مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، ناامیدی، خودکشی و خودزنی تأثیر دارد (۱۸). این مهارت از راهبردهای بسیار مهم سازگاری با محیط است که به‌واسطه آن افراد تلاش می‌کنند برای مقابله با موقعیت‌های مشکل در زندگی به پاسخ‌های مؤثر و سازش‌یافته دست یابند (۱۹)؛ از این رو با توجه به نقش این درمان ترکیبی در تسهیل‌سازی پردازش هیجان‌ها و مقابله مؤثر با مشکل در چارچوب بارش فکری (۱۲)، همچنین آمار قابل توجه اعتیاد در ایران (۱۹) و تأثیر مخرب اعتیاد فرزندان بر خانواده و به‌ویژه مادران و نگرانی درباره پیامدهای روانی و اجتماعی و اقتصادی اعتیاد در خانواده، ضرورت داشت که پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران دارای فرزند معتاد انجام شود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری را تمامی مادران افسرده دارای فرزند معتاد در شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۹ در کمپ ترک اعتیاد مسیر سبز شهر سبزوار تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس نمره بیشتر از ۳۰ در پرسش‌نامه افسردگی بک و با توجه به حجم نمونه مناسب در پژوهش آزمایشی (۲۰)، چهل نفر داوطلب با افسردگی شدید و دارای ملاک‌های ورود، وارد پژوهش شدند. سپس به‌طور تصادفی و مساوی در دو گروه بیست نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از هماهنگی‌های لازم با کمپ مسیر سبز شهر سبزوار، نشست‌های توجیهی با حضور تمام افراد نمونه برگزار شد و ارائه توضیحاتی درباره ماهیت پژوهش، ملاحظات اخلاقی مانند رازداری در اطلاعات شخصی، محرمانه‌بودن نتایج و ساعت حضور در جلسات و تعداد جلسات، صورت گرفت. مداخلات در گروه آزمایش در

روزهای دوشنبه به‌شکل گروهی اجرا شد. شرکت‌کنندگان در هر دو گروه قبل و پایان مداخلات و نیز پس از یک ماه در مرحله پیگیری پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. تا پایان دوره هیچ افت آزمودنی وجود نداشت. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام مراحل پژوهش، برنامه درمانی به‌طور فشرده در سه جلسه برای گروه گواه اجرا شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: زنان دارای فرزند معتاد؛ کسب نمره بیشتر از ۳۰ در پرسش‌نامه افسردگی؛ دارای تحصیلات حداقل دیپلم؛ توانایی حضور کامل در جلسات؛ تمایل به انجام تکالیف و تمرین‌های جلسات. معیارهای خروج شامل داشتن بیماری جسمانی یا اختلال روانی زمینه‌ای دیگری غیر از افسردگی، همکاری نکردن در مراحل پژوهش، غیبت در دو جلسه متوالی و مصرف داروی ضدافسردگی قبل از جلسه بود. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و برنامه درمانی زیر به‌کار رفت

– پرسش‌نامه افسردگی بک^۲ (بک، ۱۹۹۶): نسخه اولیه این پرسش‌نامه توسط بک به‌منظور ارزیابی افسردگی و شدت آن در نوجوانان بیشتر از سیزده سال و بزرگسالان و برای تعیین شدت افسردگی در جمعیت بهنجار تهیه شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال چهارگزینه‌ای (صفر، ۱، ۲، ۳) است. آزمودنی با انتخاب گزینه متناسب‌تر با احساسات خود در یک هفته گذشته، به سؤالات پاسخ می‌دهد. پانزده سؤال مربوط به علائم روان‌شناختی و شش سؤال مربوط به علائم جسمانی است. دامنه نمره کل افسردگی بین صفر تا ۶۳ است. نمره صفر تا ۹ نشانه نبود افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۶ نشانه افسردگی خفیف، نمره ۱۷ تا ۲۹ نشانه افسردگی متوسط و نمرات بیشتر از ۳۰ نشانه افسردگی شدید است. روایی نسخه اولیه این پرسش‌نامه ۰/۷۹ گزارش شد (۲۱). ثبات درونی کل ابزار ۰/۸۶ و ضرایب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ بود (۲۲). کاپیانی و همکاران در مطالعه‌ای در بیمارستان روزبه روایی هم‌زمان ابزار را ۰/۷۰ و برای پایایی ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۷ به‌دست آوردند (۲۳).

– مقیاس افکار خودکشی بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸): این مقیاس دارای نوزده پرسش است و به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی توسط بک و همکاران تهیه شد. هر پرسش از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود و جمع نمرات از صفر تا ۳۸ متغیر است. دارای چهار بُعد تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی، تمایل به خودکشی واقعی، کتمان خودکشی و نمره کلی افکار خودکشی است. بک و همکاران همبستگی درونی این آزمون را ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۳ به‌دست آوردند. همچنین روایی هم‌زمان مقیاس افکار خودکشی بک را با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۷۶ و پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند (۲۴). انیسی و همکاران همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ و پایایی آن را به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و به‌روش دونیمه‌کردن ۰/۷۵ به‌دست آوردند و اعتبار درونی، اعتبار آزمون‌بازآزمون و روایی هم‌زمان برای این مقیاس وجود دارد (۲۵).

2. Beck, A, Steer, Ranieri

1. Problem Solving Skill

جدول ۱. برنامه درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله

جلسه	محتوای جلسه
اول: ایجاد رابطه درمانی، توصیف اهداف و روش‌های درمانی	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت آسیب و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان هیجان‌مدار و حل مسئله و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها براساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.
دوم: آشنایی با هیجان‌ها، نقش هیجان‌ها در سلامت و درمان	شناسایی هیجان‌های اساسی، ارائه آموزش هیجانی (شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده: از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها)، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های تنفس عمیق.
سوم: رابطه هیجان‌ها و سازگاری روانی، آموزش آرمیدگی	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی (عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آن‌ها)، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، اجرای آرمیدگی پیش‌رونده، تغییر در مسائل زیربنایی نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب، ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی (ایفای نقش هیجانی)، دریافت رویدادهای روزمره و به‌چالش کشیدن آن‌ها.
چهارم: هیجان‌های خاص، انجام فنون مواجهه‌سازی و تصویرسازی ذهنی	شناسایی هیجان‌ات خاص دارای مشکل درک و تنظیم، مواجهه با هیجان‌ات مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان‌ها، استفاده از شیوه آرام‌سازی، مواجهه‌سازی به‌صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌های دارای مشکل در تنظیم آن، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان.
پنجم: آموزش آرمیدگی، مواجهه‌سازی و تصویرسازی ذهنی	شناسایی هیجان‌ات خاص دارای مشکل درک و تنظیم، آموزش آرمیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها به‌منظور شکسته‌شدن احساسات ناقص بودن و ناکافی بودن در آزمودنی‌ها و پرداختن آن‌ها به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود.
ششم: شناسایی اضطراب، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله	شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، شناسایی هیجان‌های خاص مرتبط با اضطراب، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای در برابر هیجان‌های ناسازگار، ایجاد دیدگاه‌های جدید.
هفتم: بیان احساس‌ها، نیازها و مواجهه با هیجان‌ها	تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفت‌وگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای، آموزش فرایند انتقال احساسات نامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه‌های مهم زندگی.
هشتم: تمرین رفتار و تجربه احساسات، بینش تجربه‌ای	بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط‌کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر یا سایر ابژه‌های احتمالی.
نهم: تغییر رفتار	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
دهم: تمرین مواجهه ذهنی، به‌کارگیری یادگیری‌ها	انجام آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی، شکل‌گیری چرخه جدیدی از رفتار، ارائه نمونه‌هایی از ابراز هیجان در زندگی افراد واقع در پیش روی آن‌ها، در جهت تحکیم یادگیری مهارت‌های جدید آموخته‌شده، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربردی، انجام مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.
یازدهم: آموزش مهارت حل مسئله؛ مرحله اول حل مسئله	ارائه منطق درمان و تأکید بر اهمیت مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری در حل مشکلات و چالش‌های زندگی و تأثیر آن بر افسردگی و اضطراب مادران، بیان ویژگی‌های افراد واجد و فاقد مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، ارزیابی و شناسایی نحوه حل مسئله و تصمیم‌گیری‌های مددجویان در مقابل چالش‌ها، توضیح درباره نحوه حل مسئله و چگونگی به‌وجودآمدن هیجان‌ات ناخوشایند، تشویق درمان‌جویان برای طرح چالش‌های زندگی خود (مرحله اول حل مسئله)، جمع‌بندی محتوای جلسه.
دوازدهم: تبدیل مشکلات به اهداف عینی؛ مرحله دوم حل مسئله	مرور جلسه قبل، بررسی بازخورد درمان‌جویان، بیان افکار ناکارآمد و تأثیر آن بر افسردگی و اضطراب، تشویق مددجویان برای تبدیل مشکلات مبهم به‌صورت اهداف عینی و شفاف (مرحله دوم مهارت حل مسئله)، تمرین تأکید بر تبدیل مشکلات مبهم به‌صورت اهداف عینی و شفاف.
سیزدهم: بارش فکری؛ مرحله سوم حل مسئله	مرور تکلیف جلسه قبل و دریافت بازخورد از درمان‌جویان، تأکید بر اهمیت کمیت راه‌حل‌ها در بارش فکری نه کیفیت آن‌ها، تأکید بر کنترل نکردن ذهن در شیوه بارش فکری، جمع‌بندی، ادامه تمرین شیوه بارش فکری.
چهاردهم: انتخاب مناسب‌ترین راه‌حل و اجرای راه‌حل	مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد از درمان‌جویان، ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه‌حل، ارزشیابی و قضاوت درباره راه‌حل‌های ارائه‌شده در شیوه بارش فکری و اندیشیدن درباره مزایا و معایب راه‌حل‌ها، آموزش نحوه نمره‌گذاری راه‌حل‌ها و تعیین میزان اثرگذاری آن‌ها، در آخر انجام ارزیابی کلی و بیان مرحله پنجم مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، اجرا و بازبینی راه‌حل‌ها.
پانزدهم: تشویق شرکت‌کنندگان در به‌کارگیری یادگیری‌ها در زندگی واقعی	ارائه تکلیف خانگی: ارزیابی راه‌حل‌های ارائه‌شده، نمره‌گذاری و اجرای آن‌ها.
	مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد از درمان‌جویان، مرور مطالب همه جلسات، تأکید بر اهمیت تداوم مهارت حل مسئله در زندگی روزمره و موقعیت‌های پیش‌رو، ترغیب و تشویق برای تعمیم روش‌های آموخته‌شده به موقعیت‌های واقعی زندگی، اجرای پس‌آزمون، آمادگی برای اتمام جلسات.

آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۳/۱۲۱±۲/۷۱۱ و در گروه گواه ۴۴/۰۵۳±۳/۱۵۰ سال بود. از نظر تحصیلات شرکت‌کنندگان، در گروه آزمایش ۴۵ درصد (نه نفر) دیپلم، ۳۵ درصد (هفت نفر) لیسانس، ۲۰ درصد (چهار نفر) فوق‌لیسانس و در گروه گواه ۴۵/۰۳ درصد دیپلم، ۳۶/۴۳ درصد لیسانس و ۱۸/۵۴ درصد فوق‌لیسانس داشتند. به لحاظ اقتصادی اجتماعی در گروه آزمایش ۲۴/۲ درصد طبقه قوی، ۳۶/۴ درصد طبقه متوسط، ۳۹/۴ درصد طبقه ضعیف و در گروه گواه ۲۲ درصد طبقه قوی، ۳۸/۱ درصد طبقه متوسط و ۳۹/۹ درصد طبقه ضعیف بودند.

– سنجش اطلاعات جمعیت‌شناختی: برای اندازه‌گیری متغیرهای سن و سطح تحصیلات و طبقه اقتصادی اجتماعی سؤالاتی طرح شد که شرکت‌کنندگان توانستند سن خود را برحسب ماه و سال، تحصیلات خود را برحسب درجه کمتر از دیپلم، دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس و فوق‌لیسانس و بیشتر و وضعیت اقتصادی اجتماعی خود را برحسب طبقات ضعیف و متوسط و قوی مشخص کنند.

– برنامه درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲): در این پژوهش مداخلات مبتنی بر درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله طبق جدول ۱، در پانزده جلسه گروهی یک‌ونیم‌ساعته به صورت هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد که روایی محتوایی آن به تأیید رسید (۲۶).

داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار، درصد و توزیع فراوانی، آزمون‌های کرویت‌موخلی، توزیع طبیعی، همگنی واریانس‌ها و ام‌باکس، تحلیل اندازه‌های تکراری و

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار داده‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری (بسیست نفر در هر گروه)

گروه	مراحل	تمایل به مرگ		آمادگی برای خودکشی		تمایل به خودکشی واقعی		کنمان خودکشی		افکار خودکشی		افسردگی	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۲/۰۵	۷/۸۰	۱۰/۶۰	۲/۴۲	۶/۱۰	۲/۱۶	۵/۰۵	۱/۷۵	۲۹/۳۰	۵/۳۱	۳۶/۱۸	۶/۸۹
	پس‌آزمون	۱/۰۲	۳/۰۵	۳/۱۵	۱/۴۰	۵/۸۵	۲/۸۷	۱/۹۰	۰/۴۸	۱۲/۲۵	۳/۴۴	۱۷/۲۷	۳/۱۶
	پیگیری	۱/۰۲	۳/۰۳	۳/۱۳	۱/۴۱	۵/۹۳	۲/۸۶	۱/۷۹	۰/۳۲	۱۲/۱۱	۳/۰۶	۱۶/۸۹	۳/۰۲
گواه	پیش‌آزمون	۱/۴۶	۷/۵۵	۹/۹۶	۲/۳۱	۵/۷۵	۱/۱۱	۵/۵۰	۱/۱۴	۲۹/۰۵	۵/۱۹	۳۵/۶۳	۶/۷۶
	پس‌آزمون	۱/۹۶	۷/۹۰	۱۱/۱۰	۲/۸۵	۵/۷۰	۱/۲۱	۵/۴۵	۱/۲۱	۲۹/۸۰	۵/۴۴	۳۶/۲۱	۶/۸۱
	پیگیری	۱/۸۹	۷/۸۹	۱۱/۳۷	۳/۰۷	۵/۷۸	۱/۲۹	۵/۶۱	۲/۰۲	۲۹/۸۳	۵/۴۱	۳۶/۴۱	۶/۷۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، نمره‌های گروه آزمایش در پیش‌آزمون است. تقریباً مشابه گروه گواه است؛ ولی در پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده

جدول ۳. نتایج آزمون‌های کرویت‌موخلی، توزیع طبیعی، همگنی واریانس‌ها و ام‌باکس

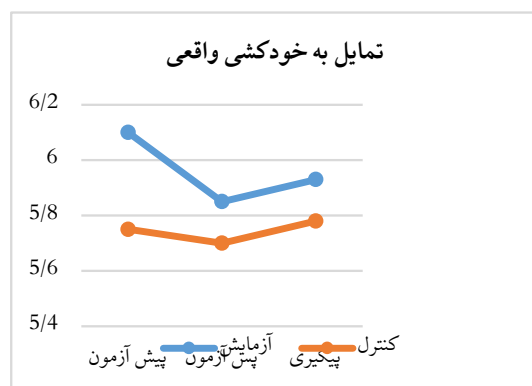
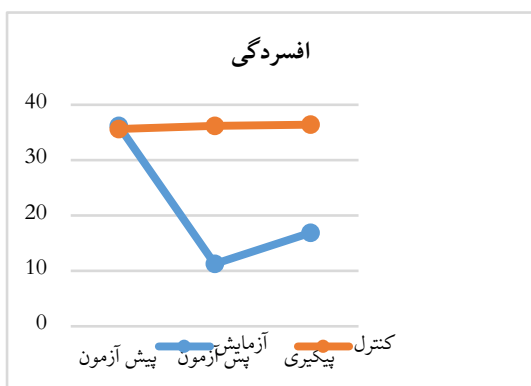
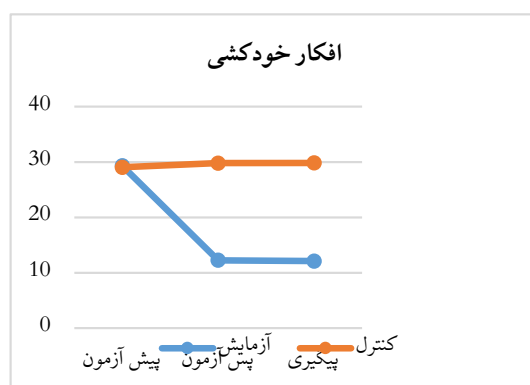
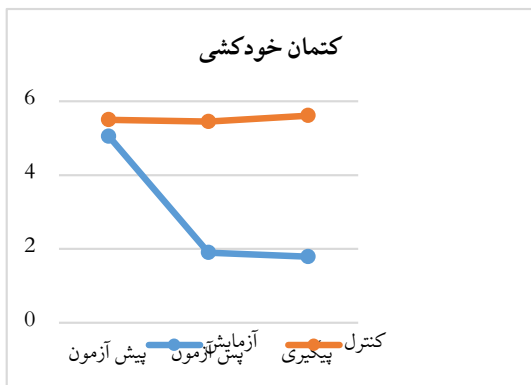
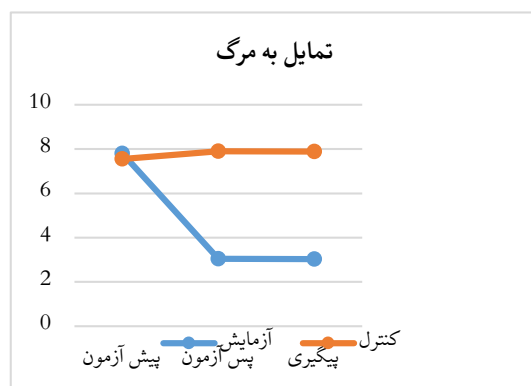
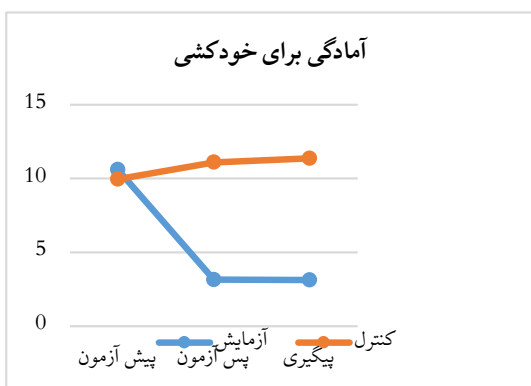
متغیر	شاپیروویلیک		لون		کرویت		ام‌باکس	
	F	Z	p	W	χ^2	M	F	
تمایل به مرگ	۰/۳۱۳	۰/۹۶۳	۰/۴۴۶	۰/۷۸۱	۲/۲۳۳	۱۸/۴۵۱	۳/۱۱۱	
آمادگی برای خودکشی	۰/۲۳۵	۰/۹۱۰	۰/۶۱۷	۰/۹۳۶	۲/۵۵۱	۱۷/۲۱۲	۳/۲۳۵	
تمایل به خودکشی واقعی	۰/۲۸۱	۰/۷۸۱	۰/۵۰۱	۰/۹۱۷	۲/۲۴۰	۲۲/۰۲۳	۲/۲۱۲	
کنمان خودکشی	۰/۱۴۴	۰/۴۴۳	۰/۸۳۲	۰/۹۴۱	۲/۰۴۱	۲۵/۲۱۵	۲/۱۵۷	
افکار خودکشی	۰/۸۵۱	۰/۶۱۱	۰/۱۷۵	۰/۹۰۳	۲/۷۱۳	۱۸/۲۰۳	۲/۵۶۳	
افسردگی	۰/۶۹۰	۰/۵۷۹	۰/۲۸۳	۰/۸۹۲	۲/۲۱۱	۲۲/۱۵۲	۳/۲۳۱	

اثر گروه ($p < ۰/۰۰۱$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < ۰/۰۰۱$) به لحاظ آماری معنادار بود. اندازه اثر گروه مشخص کرد، ۵۶ درصد از تغییرات متغیر تمایل به مرگ ناشی از تغییرات گروهی، ۳۹ درصد از تغییرات متغیر تمایل به مرگ ناشی از اثر زمان و در نهایت ۵۱ درصد از تغییرات متغیر تمایل به مرگ ناشی از اثر متقابل زمان و گروه است. در متغیر آمادگی برای خودکشی، اثر زمان ($p < ۰/۰۰۱$)، اثر گروه ($p < ۰/۰۰۱$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < ۰/۰۰۱$) به لحاظ آماری معنادار بود.

براساس جدول ۳ نتایج آزمون شاپیروویلیک، برقراری پیش فرض توزیع طبیعی نمره‌ها در پیش‌آزمون را نشان داد؛ همچنین نتایج آزمون لون حاکی از برقراری پیش فرض همگنی واریانس گروه‌ها و معنادار نبودن آزمون‌های ام‌باکس و کرویت‌موخلی حاکی از برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس و پیش فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها بود. براساس نتایج جدول ۴، در متغیر تمایل به مرگ اثر زمان ($p < ۰/۰۰۱$).

نشان داد، ۵۸ درصد از تغییرات متغیر افکار خودکشی ناشی از تغییرات گروهی، ۲۸ درصد از تغییرات متغیر افکار خودکشی ناشی از اثر زمان و در نهایت ۶۰ درصد از تغییرات متغیر افکار خودکشی ناشی از اثر متقابل زمان و گروه است. در متغیر افسردگی اثر زمان ($p < 0/001$)، اثر گروه ($p < 0/001$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < 0/001$) به لحاظ آماری معنادار بود. اندازه اثر گروه مشخص کرد، ۶۸ درصد از تغییرات متغیر افسردگی ناشی از تغییرات گروهی، ۶۱ درصد از تغییرات متغیر افسردگی ناشی از اثر زمان و در نهایت ۶۴ درصد از تغییرات متغیر افسردگی ناشی از اثر متقابل زمان و گروه است. در متغیر تمایل به خودکشی اثر زمان ($p = 0/549$) اثر گروه ($p = 0/671$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p = 0/983$) به لحاظ آماری معنادار نبود.

اندازه اثر گروه نشان داد، ۶۱ درصد از تغییرات متغیر آمادگی برای خودکشی ناشی از تغییرات گروهی، ۴۰ درصد از تغییرات متغیر آمادگی برای خودکشی ناشی از اثر زمان و در نهایت ۵۲ درصد از تغییرات متغیر آمادگی برای خودکشی ناشی از اثر متقابل زمان و گروه است. در متغیر کتمان خودکشی اثر زمان ($p < 0/001$)، اثر گروه ($p < 0/001$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < 0/001$) به لحاظ آماری معنادار بود. اندازه اثر گروه مشخص کرد، ۶۱ درصد از تغییرات متغیر کتمان خودکشی ناشی از تغییرات گروهی، ۳۰ درصد از تغییرات متغیر کتمان خودکشی ناشی از اثر زمان و در نهایت ۳۱ درصد از تغییرات متغیر کتمان خودکشی ناشی از اثر متقابل زمان و گروه است. در متغیر افکار خودکشی اثر زمان ($p < 0/001$)، اثر گروه ($p < 0/001$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < 0/001$) به لحاظ آماری معنادار بود. اندازه اثر گروه



نمودار ۱. مقایسه پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری ابعاد افکار خودکشی و افسردگی در گروه آزمایش و گروه گواه

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌های تکراری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا
تمایل به مرگ	درون گروهی (زمان)	۱۴۲/۱۸۴	۲ و ۳۷	۷۱/۰۹۲	۱۹/۰۲۳**	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
	بین گروهی (گروه)	۱۷۲/۵۸۱	۱ و ۳۸	۱۷۲/۵۸۱	۲۱۵/۹۵۱**	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۵
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۱۶۴/۲۲۴	۲ و ۳۷	۸۲/۱۱۲	۲۳/۳۲۲**	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۱
آمادگی برای خودکشی	درون گروهی (زمان)	۱۶۸/۴۶۰	۲ و ۳۷	۸۴/۲۳۰	۲۱/۱۷۳**	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
	بین گروهی (گروه)	۲۵۸/۳۲۲	۱ و ۳۸	۲۵۸/۳۲۲	۲۶۷/۰۹۱**	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۲۱۷/۲۷۳	۲ و ۳۷	۱۰۸/۶۳۶	۲۸/۳۶۴**	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
تمایل به خودکشی واقعی	درون گروهی (زمان)	۰/۱۶۱	۲ و ۳۷	۰/۰۴۰	۰/۱۸۳	۰/۶۷۱	۰/۰۰۱
	بین گروهی (گروه)	۰/۲۱۳	۱ و ۳۸	۰/۲۱۳	۰/۱۹۴	۰/۵۴۹	۰/۰۰۶
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۰/۱۲۷	۲ و ۳۷	۰/۰۳۱	۰/۱۰۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۳
کتمان خودکشی	درون گروهی (زمان)	۶۸/۳۰۱	۲ و ۳۷	۳۴/۱۵۰	۱۲/۲۳۴**	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
	بین گروهی (گروه)	۷۵/۰۹۳	۱ و ۳۸	۷۵/۰۹۳	۵۳/۶۴۱**	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۶۹/۶۲۴	۲ و ۳۷	۳۴/۸۱۲	۱۲/۶۴۲**	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
افکار خودکشی	درون گروهی (زمان)	۴۸۷/۲۵۲	۲ و ۳۷	۲۴۳/۶۲۶	۱۱/۱۶۱**	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۳
	بین گروهی (گروه)	۵۱۴/۴۹۱	۱ و ۳۸	۵۱۴/۴۹۱	۲۶۱/۲۴۲**	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۴۹۶/۲۲۸	۲ و ۳۷	۲۴۸/۱۱۴	۲۶۵/۳۴۸**	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۳
افسردگی	درون گروهی (زمان)	۹۶۷/۱۲۵	۲ و ۳۷	۴۸۳/۵۶۲	۳۱۸/۱۵۲**	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
	بین گروهی (گروه)	۱۸۷۶/۱۰۳	۱ و ۳۸	۱۸۷۶/۱۰۳	۴۱۵/۰۴۷**	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۲
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۱۴۶۱/۳۶۲	۲ و ۳۷	۷۳۰/۶۸۱	۳۴۶/۱۵۱**	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۶

نمودار ۱ روند تغییرات میانگین نمرات افکار خودکشی و ابعاد تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی، تمایل به خودکشی واقعی، کتمان خودکشی و افسردگی را در گروه آزمایش و گروه گواه در طول زمان نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثر زمان بر متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار
تمایل به مرگ	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۴/۷۵**	۰/۶۵
	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۷۷**	۰/۴۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۰۲	۰/۵۴۱
آمادگی برای خودکشی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۷/۴۵**	۰/۷۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۷/۴۷**	۰/۳۸
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۰۲	۰/۵۷۳
کتمان خودکشی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۳/۰۵**	۰/۲۳
	پیش‌آزمون- پیگیری	۳/۲۶**	۰/۱۹
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۱۱	۰/۳۸۱
افکار خودکشی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۷/۰۵**	۰/۹۰
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱۷/۱۹**	۰/۸۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۱۳	۰/۲۴۳
افسردگی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۸/۹۱**	۰/۹۷
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱۹/۲۹**	۰/۷۴
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۳۸	۰/۱۹۵

در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد، تفاوت

۴ بحث

گروه آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران دارای فرزند معتاد صورت گرفت. نتایج نشان داد، درمان ترکیبی هیجان‌مدار

میانگین‌های گروه دریافت‌کننده برنامه درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله در سه زمان پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است. این موضوع بیانگر تأثیر مداخلات بر تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی، کتمان خودکشی، افکار خودکشی و افسردگی

و آموزش حل مسئله در کاهش افسردگی مادران دارای فرزند معنادار تأثیر دارد و این نتیجه در پیگیری یک ماهه پایدار است.

درمان متمرکز بر هیجان با تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی می‌شود و با جان‌نشین کردن پاسخ‌های سازگار، افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۱۳). درمان هیجان‌های مسدود شده و پردازش آن‌ها به‌تنهایی ممکن است در برون‌ریزی و رهاسازی هیجان‌های دردناک و ناخوشایند تأثیر زیادی داشته باشد؛ اما نمی‌تواند در از بین بردن یا کاهش شناخت‌های منفی و ناکارآمد تأثیرگذار در بروز اختلال افسردگی و افکار خودکشی مؤثر باشد. همچنین درمان‌های شناختی مانند حل مسئله، به‌تنهایی کافی نیست؛ چون در روش‌های درمان شناختی، عود نشانه‌های اختلال پس از درمان در بسیاری از بیماران دیده شده است (۲۶)؛ براین اساس به‌کارگیری درمان‌های هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله با هم به‌طور مؤثرتری اختلالات خلقی را کاهش می‌دهد. درمان حل مسئله به‌روش گروهی، در کاهش علائم افسردگی مؤثر است. آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مهارت حل مسئله می‌تواند نشانه‌های افسردگی، مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی مرتبط با بیماری و مرگ را کاهش دهد (۹).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت، براساس نظریه شناختی، افسردگی در نتیجه تحریف‌های شناختی خاصی به‌وجود می‌آید که معمولاً این نوع تحریف‌ها در افراد مستعد افسردگی دیده می‌شود. این تحریف‌ها، طرح‌واره‌های افسردگی‌زا نام دارند و الگوهای شناختی هستند که باعث می‌شوند فرد در اثر تجارب اولیه، داده‌های درونی و بیرونی را به‌گونه‌ای تغییر یافته ادراک کند. یک عوامل شناختی سه‌گانه‌ای را برای افسردگی فرض کرد که شامل این موارد است: ۱. دیدگاه‌های مربوط به خود و دید منفی درباره خود؛ ۲. دیدگاه‌های مربوط به محیط و تمایل به تجربه جهان به‌گونه‌ای متخاصم و پرتوقع؛ ۳. دیدگاه‌هایی درباره آینده و انتظار رنج و ناکامی. در واقع درمان افسردگی، تعدیل و اصلاح این تحریف‌های شناختی است (به نقل از ۲۷).

در جلسات آموزش مهارت حل مسئله این توانایی به افراد داده شد که با جمع‌آوری اطلاعات درباره مسائل و مشکلات، شناخت واقع‌بینانه‌ای از محیط اطراف به‌دست آورند و با توجه به شناخت و توانمندی‌های شخصی خود و ارزیابی صحیح از محیط، برای آینده برنامه‌ریزی کنند (۱۱). از طرف دیگر، این آموزش‌ها با ارائه الگوها و شناخت‌های مفید و سازگارتر همچون شخصی‌سازی نکردن مسائل و مشکلات، مطلق‌گرایی در برخورد با مسائل، تعمیم‌ندادن افراطی و نتیجه‌گیری نکردن براساس تجارب بسیار اندک و محدود، تمرکز و تأکید نداشتن بر بخشی از جزئیات و نادیده‌نگرفتن سایر جنبه‌های مهم‌تر، یک تجربه و نتیجه‌گیری نکردن دلخواه، به‌آزمودنی‌ها این امکان را می‌دهد که شناخت‌های ناکارآمد و معیوب اصلاح شود و بنابراین افسردگی را کاهش می‌دهد. همچنین وقتی افراد دارای مهارت حل مسئله باشند از مهارت‌های ارتباطی بهتری برخوردار هستند و به‌دنبال آن کمتر دچار نامالایمات درونی می‌شوند؛ در نتیجه برخوردهای ناسازگارانه افراد در محیط‌های اجتماعی کم می‌شود و همین امر آرامش بیشتری در آن‌ها ایجاد می‌کند (۱۲).

افزون بر این مهارت حل مسئله یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر افکار خودکشی است که به‌عنوان سازوکاری شناختی رفتاری مناسب به شکل‌گیری رفتارهای سازش‌یافته جدید کمک می‌کند (۱۱). در پژوهش حاضر بعد از به‌کارگیری مداخلات درمان هیجان‌مدار، پردازش و رهاسازی هیجان‌های دردناک و ناخوشایند، آموزش مهارت حل مسئله شروع شد. مداخلات مبتنی بر آموزش مهارت حل مسئله به مادران کمک کرد تا بتوانند تعریف دقیق و درستی از مشکل خود داشته باشند و گزینه‌های حل مشکل را شناسایی کنند. از آنجا که تأکید اصلی رویکرد حل مسئله بر شفافیت، بیان احساسات و توانایی حل مسئله و بررسی مشکل از منظرهای مختلف است، افزایش توانایی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله در شناسایی و تعریف، سنجش، هدف‌گذاری و شناسایی منابع و همراهی و مشارکت در راستای اقدام برای مواجهه موفقیت‌آمیز با مشکل اعتیاد فرزند و توجه‌برگردانی از افکار خودکشی از نتایج این مداخلات بود.

همچنین تأکید بر چندوجهی بودن ماهیت افکار خودکشی که در جلسات آموزش حل مسئله بررسی شد، از دیگر دلایل تأثیرگذاری آموزش مهارت حل مسئله است. در این مداخله توجه به شناخت مسئله و به‌ویژه مدیریت هیجان‌های آشفته مرتبط با افکار خودکشی جنبه‌های بسیار اساسی بود که به‌نظر می‌رسد درباره مادران افسرده با افکار خودکشی می‌تواند نقش اصلی را اجرا کند. با قرارگرفتن در فرایند روان‌درمانی هیجانی، شرایطی برای افراد فراهم می‌شود تا بتوانند هیجان‌های منفی و آشفته‌ساز خود را رها کنند و بار عاطفی منفی مسدود شده درون آنان خنثی شود. این تغییر هیجان‌ها، بخشی از شروع فرایند تغییر است که موجب می‌شود افراد با آرامش درونی و انعطاف‌پذیری بیشتری تغییر را ادامه دهند. این تغییر اساسی در خلق، کمک می‌کند که افراد فعالانه در حل مشکل خود تلاش کنند و سایر گزینه‌های مؤثر و کارآمد را برای حل مشکل بیابند (۲۷).

همچنین نتایج نشان داد، درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله در کاهش افکار خودکشی مادران دارای فرزند معنادار تأثیر دارد و این نتیجه در پیگیری یک‌ماهه پایدار است. درمان متمرکز بر هیجان در کاهش افکار خودکشی جان‌بازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مؤثر بود. در درمان هیجان‌مدار، به‌کارگیری فنون درمانی برای افزایش توانایی فرد به‌منظور آگاه‌شدن از هیجان‌ها، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آن‌ها، آگاهی از برانگیختن هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر و پذیرش هیجان‌ها، مواجهه با هیجان منفی به‌جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی و ارائه راه‌حل‌های مختلف (به‌جای گرایش به یک راه‌حل یعنی خودکشی)، موجب کاهش افکار خودکشی در مادران افسرده دارای فرزند معنادار می‌شود (۷). سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و تکانشگری در رابطه بین اختلال شخصیت مرزی و افکار خودکشی دارای نقش واسطه‌ای است. افرادی که بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند بیشتر گرایش به افکار خودکشی دارند. آن‌ها به‌دنبال راهی برای فرار از این هیجان‌های دردناک هستند. این افراد، سازوکارهای تنظیم هیجانی را به‌کار می‌برند. اجتناب از موقعیت‌های هیجانی نامطلوب، ایجاد هیجان در دیگران، بازی‌کردن

در نقش‌های هیجانی مانند احساسات غرور و گناه و شرم، بخشی از این رفتارها است (۸).

در تبیین تأثیر درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله در کاهش افکار خودکشی می‌توان گفت، شناخت و هیجان‌ها دو جنبه بسیار مهم و اساسی زندگی انسان است و در تجلی اکثر رفتارهای افراد تعامل این دو سازه دیده می‌شود؛ بنابراین برای درک بهتر رفتارهای خودکشی و همبسته‌های رفتاری آن مطالعه هر دو سازه شناخت و هیجان ضروری است (۲۶). شناسیدن در الگوی مکعبی خودکشی این فرض را مطرح کرده که احتمال رفتار خودکشی از طریق سه عامل درد و تشویش و فشار تعیین می‌شود. در این نظریه اعتقاد بر آن است که درد روان‌شناختی تحمل‌نشده، محرکی مشترک در رفتار خودکشی است که از نیازهای روان‌شناختی عقیم ناشی می‌شود. باتوجه به نقش بسزای تنظیم شناختی هیجان در مدیریت چالش‌های زندگی و همبستگی آن با پدیده‌های آسیب‌شناختی روانی مختلف و بهترین شکل تعامل فرایندهای شناختی و هیجانی، لذا در درمان مبتنی بر هیجان و شناخت به‌کار می‌رود (به نقل از منبع ۱۱). بررسی این راهبردها در علت‌شناسی، توصیف، مداخلات روان‌شناختی و پیشگیرانه رفتارهای خودکشی منجر به رفع ابهامات نظری این حوزه شده است.

درواقع هرچه افراد در تنظیم هیجان‌ات خود دشواری نشان دهند (نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و نبود وضوح هیجانی)، احتمال دارد که افکار مخاطره‌آمیز بیشتری، همچون افکار خودکشی سراغ آن‌ها بیاید. شایان ذکر است، از بین متغیرهای پیش‌بین مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی (از متغیر دشواری تنظیم هیجانی) دارای بیشترین توان پیش‌بینی برای افکار خودکشی است؛ این مطلب یعنی هرچه افراد آگاهی هیجانی کمتری داشته باشند، بیشتر امکان دارد افکار خودکشی در آن‌ها به‌وجود آید (۱۰).

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که براساس الگوی آمادگی خودکشی، از بین فشارهای روانی منفی، ضعف مهارت‌های حل مسئله و ناامیدی فرد کاهش می‌یابد. براساس این الگو افرادی که در توانایی تفکر واگرا مشکل دارند، زمانی که به‌طور طبیعی تحت شرایط تنش‌زا قرار می‌گیرند، آمادگی ایجاد راه‌حل‌های جایگزین مؤثر برای مقابله با آن شرایط را ندارند. درمان هیجان‌مدار این آمادگی را ایجاد می‌کند و سبب می‌شود مادران شرکت‌کننده در جلسات، مشکل مرتبط با اعتیاد فرزندشان را با انعطاف‌پذیری بیشتری بررسی کنند و در نتیجه میزان افکار خودکشی آن‌ها کاهش می‌یابد (۱۰).

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی مبتنی بر آموزش حل مسئله، بر ابعاد افکار خودکشی تأثیر می‌گذارد. نگاه جامع به عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی، به‌ویژه مداخلات گروهی مددکاری اجتماعی که رویکرد چندجانبه درباره مشکل اجتماعی دارند، بر کاهش افکار خودکشی مؤثر است و زمینه را برای ارتقای کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جامعه فراهم می‌کند. باتوجه به اینکه مداخلات مبتنی بر حل مسئله، بسیار کارآمد و نویدبخش است، می‌تواند دریچه‌ای برای گسترش مداخلات

مددکاران اجتماعی برای مداخله در بحران خودکشی باشد (۱۶). همچنین افرادی که اقدام به خودکشی کردند در مقایسه با گروه افراد عادی، به‌طور درخور توجهی در سبک‌های حل مسئله غیرسازگار یعنی درماندگی، کنترل حل مسئله و سبک‌های اجتنابی در سطح بالاتری بودند. به‌علاوه نمرات کمتری در سبک‌های سازش‌یافته مانند خلاقیت و اعتماد به نفس و مواجهه به‌دست آوردند. سبک‌های حل مسئله به‌عنوان عوامل مهم خطر هنگام تلاش برای اقدام به خودکشی در نظر گرفته می‌شود؛ براین اساس می‌توان گفت که آموزش سبک‌های حل مسئله به بیماران در معرض خطر برای جلوگیری از خودکشی امری ضروری است (۱۶).

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که آموزش حل مسئله، فرایند افسردگی مرتبط با افکار خودکشی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به‌واسطه کاهش نشانه‌های افسردگی می‌تواند در کاهش افکار خودکشی مؤثر باشد. افکار خودکشی خود یکی از مؤلفه‌های افسردگی است؛ در واقع برنامه آموزش حل مسئله به‌دنبال ارائه آموزش‌هایی در زمینه‌های گوناگون اجتماعی و اتخاذ تصمیمات صحیح در زمینه کاهش شناخت‌های ناکارآمد، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و راه‌حل‌های جایگزین است (۸).

از جمله راهبردهای سازنده برای مواجهه با مسائل شامل: ۱. در نظر گرفتن راه‌حل‌های مختلف برای مشکل ایجاد شده؛ ۲. اعتماد و باور فرد به توانایی‌های خود برای غلبه بر مشکل؛ ۳. تمایل فرد به مقابله با مشکلات و در نظر گرفتن مسائل پیش‌آمده به‌عنوان چالشی حل‌شونده و ۴. میزان تسلط و کنترل فرد بر موضوع مدنظر است؛ در نتیجه فرد توانایی مقابله مؤثر با رخداد‌های کوچک و بزرگ در زندگی روزمره را خواهد داشت (۱۴). همچنین در صورتی که فرد احساس ناتوانی و بی‌باوری در برخورد مؤثر با رخداد‌های زندگی داشته باشد، تنش‌های ناشی از حل‌نشده سازنده مشکلات زندگی، روزبه‌روز بیشتر می‌شود و به‌صورت مزمن، مسائل حل‌نشده زندگی و ناتوانی فرد در برخورد با مسائل، او را به سمت راهبردهای خطرناک و غیرسازگار همچون اقدام به خودکشی سوق می‌دهد. در تأیید یافته‌های مذکور می‌توان به یافته‌های مطالعات پژوهشگرانی اشاره کرد که نشان دادند، مهارت‌های حل مسئله نقش درخور توجهی در مقابله مؤثر با رخداد‌های کوچک و بزرگ استرس‌آور زندگی دارد (۷).

افراد با شناسایی افکار و احساسات و رفتارهایی که نشان‌دهنده وجود مشکل هستند، اطلاعاتی را فراهم می‌کنند که در مراحل بعدی فرایند حل مسئله از آن‌ها استفاده می‌شود. یادگیری مهارت‌ها برای افزایش آگاهی از وجود مشکلات موجب می‌شود که مسائل همان ابتدای به‌وجود آمدن شناسایی شوند. این شناسایی زودهنگام شخص را قادر می‌سازد تا وقتی مشکل به‌صورت بالقوه کنترل‌شدنی است و قبل از اینکه مشکل شدت یابد یا بر شخص چیره شود، از وجود آن آگاهی پیدا کند. شناسایی مشکل و حل آن قبل از اینکه بر همگان آشکار شود ویژگی شخصی ماهرانه‌ای از لحاظ اجتماعی است. تشخیص مشکل یعنی شناسایی خواسته برآورده نشده که فرد نمی‌داند چگونه آن را برآورده سازد. بهترین روش برای ایجاد این آگاهی، یادگیری استفاده از

1. Frustrated Psychological Needs

۷ بیانیه‌ها

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول است که در تاریخ ۶ آبان ۱۳۹۸ با شماره ۱۱۶۹۴۱۲۷ به تصویب رسید. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه بودن اطلاعات و مختار بودن شرکت‌کنندگان در خروج از پژوهش رعایت شد.

تعارض منافع

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

مشارکت نویسندگان

نویسندگان پژوهش هرکدام سهم برابری در پیشبرد تحقیق داشتند. سهم نویسنده اول ۵۰ درصد و سهم نویسنده دوم نیز ۵۰ درصد بود.

افکار و احساسات و رفتارها به منزله نشانگرهای وجود مشکل است (۲۶). از آنجاکه پژوهش حاضر روی مادران افسرده دارای فرزند معتاد انجام شد و این مادران به لحاظ پاسخ‌دهی به درمان و توانمندی‌های شناختی و عاطفی و رفتاری متفاوت بودند، احتمال دارد این ویژگی‌های شرکت‌کنندگان نتایج پژوهش را تحت‌تأثیر قرار داده باشد؛ براین اساس محدودیت‌هایی را در زمینه اسناد علت‌شناسی و تبیین و تعمیم نتایج ایجاد می‌کند که باید به آن‌ها توجه شود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش این متغیرها کنترل یا مطالعه شود.

۵ نتیجه‌گیری

درمان ترکیبی هیجان‌مدار و آموزش حل مسئله در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران دارای فرزند معتاد تأثیر دارد؛ بنابراین با توجه به کارآمدی این برنامه درمانی، پیشنهاد می‌شود برای کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران دارای فرزند معتاد از برنامه مذکور استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از مسئولان کمپ ترک اعتیاد مسیر سبز سبزوار و تمامی مادران شرکت‌کننده در پژوهش قدردانی می‌شود.

References

1. Dakof GA, Cohen JB, Henderson CE, Duarte E, Boustani M, Blackburn A, et al. A randomized pilot study of the engaging moms program for family drug court. *J Subst Abuse Treat*. 2010;38(3):263–74. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.01.002>
2. Mancheri H, Sharifi Neyestanak ND, Seyedfatemi N, Heydari M, Ghodoosi M. Psychosocial problems of families living with an addicted family member. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(83):48–56. [Persian] <https://ijn.iuums.ac.ir/article-1-1605-en.pdf>
3. Choate PW. Adolescent addiction: what parents need? *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:1359–64. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.263>
4. Maple M, Pearce T, Sanford RL, Cerel J. The role of social work in suicide prevention, intervention, and postvention: a scoping review. *Australian Social Work*. 2017;70(3):289–301. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2016.1213871>
5. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Keyes KM, Oquendo MA, Hasin DS, Grant BF, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. *Mol Psychiatry*. 2010;15(3):250–9. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.98>
6. Johannessen HA, Dieserud G, De Leo D, Claussen B, Zahl PH. Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Bærum, Norway. *BMC Public Health*. 2011;11:81. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-81>
7. Xavier A, Otero P, Blanco V, Vázquez FL. Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(6):1746–61. <https://doi.org/10.1111/sltb.12568>
8. Sheikhl N, Rezaei S, Mousavi SV. The role of problem-solving styles in committing suicidal behavior: a case-control study on Iranian pill-takers. *Polish Psychological Bulletin*; 2019;50(1):63–70. <https://doi.org/10.24425/ppb.2019.126020>
9. Dias A, Azariah F, Sequeira M, Krishna R, Morse JQ, Cohen A, et al. Adaptation of problem-solving therapy for primary care to prevent late-life depression in Goa, India: the "DIL" intervention. *Glob Health Action*. 2019;12(1):1420300. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1420300>
10. Walker KL, Kaniuka A, Sirois FM, Chang EC, Hirsch JK. Improving health-related quality of life and reducing suicide in primary care: can social problem-solving abilities help? *Int J Ment Health Addiction*. 2019;17(2):295–309. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0019-1>
11. Lutz J, Mashal N, Kramer A, Suresh M, Gould C, Jordan JT, et al. A case report of problem solving therapy for reducing suicide risk in older adults with anxiety disorders. *Clin Gerontol*. 2020;43(1):110–7. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1617378>

12. Perry AE, Waterman MG, House AO, Greenhalgh J. Implementation of a problem-solving training initiative to reduce self-harm in prisons: a qualitative perspective of prison staff, field researchers and prisoners at risk of self-harm. *Health Justice*. 2019;7(1):14. <https://doi.org/10.1186/s40352-019-0094-9>
13. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. New York, NY, US: The Guilford Press; 2019. <https://doi.org/10.4324/97811351168366>
14. Aydin Sünbül Z, Yerin Güneri O. The relationship between mindfulness and resilience: the mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2019;139:337–42. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009>
15. Anisi J, Rahmati Najarkolaei F, Esmaeeli A, Haggghi A. Evaluate the effect of problem solving skills to reduction of suicidal ideation of soldiers. *EBNESINA*. 2014;16(1):42–6. [Persian] <http://ebnesina.ajau.ac.ir/article-1-282-en.pdf>
16. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 1998;54(7):973–83. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199811\)54:7%3C973::aid-jclp11%3E3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7%3C973::aid-jclp11%3E3.0.co;2-h)
17. Varmaghani P, Alipour F, Harouni GG, Javadi MH. The effectiveness of group social work intervention with resolving the problem of reducing suicidal ideation in Qorveh city. *Journal of Rehabilitation*. 2019;20(3):286–97. [Persian] <http://dx.doi.org/2010.32598/rj.20.3.286>
18. Haaga DAF, Fine JA, Terrill DR, Stewart BL, Beck AT. Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 1995;19(2):147–58. <https://doi.org/10.1007/BF02229691>
19. Jafari A. Effectiveness of counseling based on Lazarus Multimodal Theory on possible selves, locus of control and decrease of opiate craving in addicts under pharchotherapy. *Journal of Applied Psychology*. 2020;13(4):601–23. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_97283_c77d5afe7f26068704dc412eb0adb795.pdf
20. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Pub; 2019. [Persian]
21. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory–II. Psychological assessment. 1996 Jan 1.
22. Taheri Tanjani P, Garmaroudi G, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck depression inventory–II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(1):189–98. [Persian] https://jsu.medsab.ac.ir/article_550_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf
23. Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi AE. The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people. *Advances in Cognitive Science*. 2009;10(4):39–48. [Persian] <https://icssjournal.ir/article-1-466-en.pdf>
24. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988;44(4):499–505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4%3C499::aid-jclp2270440404%3E3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4%3C499::aid-jclp2270440404%3E3.0.co;2-6)
25. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi S, Ahmadi Noudesh Kh. Validity and reliability of beck suicide scale ideation among soldiers. 2005;7(1):33–7. [Persian]
26. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, et al. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy (Chic)*. 2022;59(1):84–95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
27. Panahi R, Ghazanfari A, Sharifi T. The effectiveness of training problem-solving skills on depression and anxiety in mothers of children with mental retardation. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(4):420–6. [Persian] <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-560-en.pdf>