

هم‌سنجی اثربخشی آموزش مداخلات پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تحول من دختران نوجوان با افکار خودکشی

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۸/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۸

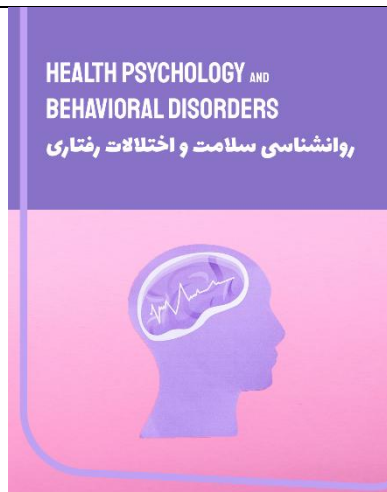
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۱/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر تحول من در دختران نوجوان دارای افکار خودکشی انجام شد. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون — پس‌آزمون و با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهر ورامین در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود که دارای افکار خودکشی بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ دانش‌آموز بود که بر اساس کسب نمره بالاتر از ۶ در مقیاس افکار خودکشی بک و تأیید مصاحبه تشخیصی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس افکار خودکشی بک و آزمون تحول من لووینگر بود. هر یک از گروه‌های آزمایش ۸ جلسه مداخله، دو بار در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر مداخله‌های آزمایشی بر نمره کل تحول من معنادار است. مقایسه‌های زوجی بنفرونی نشان داد که میانگین نمره تحول من در گروه درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. همچنین، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری در نمره تحول من نشان داد. با این حال، بین دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از نظر تحول من تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج نشان می‌دهد که هر دو مداخله شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد می‌توانند در بهبود تحول من دختران نوجوان دارای افکار خودکشی مؤثر باشند، اما برتری معناداری میان این دو رویکرد درمانی مشاهده نشد.

کلیدواژه‌گان: پذیرش و تعهد، شناختی-رفتاری، تحول من، افکار خودکشی، دختران نوجوان



فریبا جاج^۱، ابوالقاسم پیاده کوهسار^{۲*}، شهناز نوحی^۱، نرگس رازی^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۲. گروه معارف اسلامی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد تفرش، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

A.koohsar@iau-shahrood.ac.ir

شیوه استناددهی: جاج، فریبا، پیاده کوهسار، ابوالقاسم، نوحی، شهناز، و رازی، نرگس. (۱۴۰۶). هم‌سنجی اثربخشی آموزش مداخلات پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تحول من دختران نوجوان با افکار خودکشی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*. ۱۵(۱)، ۱۹-۱.

A Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Interventions on Ego Development in Adolescent Girls with Suicidal Thoughts

Submit Date:
2026-04-16

Revise Date:
2026-06-27

Accept Date:
2026-06-29

Initial Publish Date:
2026-11-03

Final Publish Date:
2027-03-21

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on ego development in adolescent girls with suicidal thoughts. This applied quasi-experimental study used a pretest–posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population included all female lower-secondary school students in Varamin during the 2023–2024 academic year who had suicidal thoughts. Using purposive sampling, 45 students who scored above 6 on the Beck Scale for Suicide Ideation and whose suicidal ideation was confirmed through diagnostic interviews were selected. Participants were then randomly assigned to three equal groups: the Cognitive Behavioral Therapy group, the Acceptance and Commitment Therapy group, and the control group, with 15 participants in each group. The research instruments included the Beck Scale for Suicide Ideation and Loewinger’s Ego Development Test. The two experimental groups received eight intervention sessions, held twice weekly, with each session lasting 90 minutes, whereas the control group received no intervention during the study period. Data were analyzed using analysis of covariance and Bonferroni post hoc comparisons. The results of analysis of covariance indicated a significant intervention effect on the total score of ego development. Bonferroni pairwise comparisons showed that the Cognitive Behavioral Therapy group had significantly higher ego development scores than the control group. Similarly, the Acceptance and Commitment Therapy group demonstrated significantly higher ego development scores compared with the control group. However, no statistically significant difference was found between the Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy groups in terms of ego development. These inferential findings indicate that both interventions were effective compared with the control condition, while neither intervention showed superior effectiveness over the other. The findings suggest that both Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective approaches for improving ego development among adolescent girls with suicidal thoughts. However, the absence of a significant difference between the two interventions indicates that both approaches may have comparable therapeutic value for this population.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Ego Development, Suicidal Thoughts, Adolescent Girls*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Fariba Jaj¹, Abolqasem Piade-koohsar^{2*},
Shahnaz Nouhi¹, Narges Razeghi³

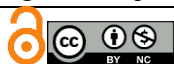
1. Department of Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

2. Department of Islamic Teachings, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

3. Department of Psychology, Taf.C., Islamic Azad University, Tafresh, Iran

*Corresponding Author's Email: A.koohsar@iaushahrood.ac.ir

How to cite: Jaj, F., Piade-koohsar, A., Nouhi, Sh., & Razeghi, N. (2027). A Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Interventions on Ego Development in Adolescent Girls with Suicidal Thoughts. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(1), 1-19.



نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوره‌های تحول روان‌شناختی است که در آن فرد با تغییرات گسترده شناختی، هیجانی، بدنی، اجتماعی و هویتی مواجه می‌شود. در این دوره، نوجوان از یک سو در حال فاصله‌گیری تدریجی از وابستگی‌های کودکی و تلاش برای دستیابی به استقلال روانی و اجتماعی است و از سوی دیگر هنوز از نظر تنظیم هیجان، تصمیم‌گیری، حل مسئله، تحمل ناکامی و شکل‌دهی به تصویر منسجم از خود در حال رشد است. همین وضعیت گذار می‌تواند نوجوان را در برابر آشفتگی‌های هیجانی، تعارض‌های بین‌فردی، احساس بی‌ارزشی، ناکامی تحصیلی، فشارهای خانوادگی و اجتماعی و شکل‌گیری افکار آسیب‌رسان نسبت به خود آسیب‌پذیر کند. در میان پیامدهای نگران‌کننده این آشفتگی‌ها، افکار خودکشی جایگاه ویژه‌ای دارد، زیرا معمولاً پیش‌درآمدی برای رفتارهای خودآسیب‌رسان، اقدام به خودکشی یا تداوم چرخه ناامیدی و درماندگی روانی محسوب می‌شود. افکار خودکشی در نوجوانان را نمی‌توان صرفاً به‌عنوان یک نشانه منفرد در نظر گرفت، بلکه باید آن را پیامد تعامل پیچیده میان عوامل شناختی، هیجانی، بین‌فردی، تحولی و زمینه‌ای دانست. پژوهش‌های جدید نیز نشان داده‌اند که در نوجوانان، متغیرهایی مانند درد روان‌شناختی، ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و طرحواره‌های شناختی ناکارآمد می‌توانند در افزایش آسیب‌پذیری نسبت به افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نقش داشته باشند (Wu et al., 2025; Zhou et al., 2025).

افکار خودکشی در نوجوانان، به‌ویژه دختران، اغلب با تجربه‌های پیچیده‌ای مانند شرم، احساس تنهایی، درماندگی، ناتوانی در بیان هیجانات، ترس از قضاوت دیگران و کاهش امید نسبت به آینده همراه است. دختران نوجوان در بسیاری از بافت‌های فرهنگی و اجتماعی، افزون بر چالش‌های عمومی دوره نوجوانی، با فشارهای مرتبط با نقش‌های جنسیتی، انتظارات خانوادگی، نگرانی درباره پذیرش اجتماعی، روابط همسالان و تجربه‌های عاطفی آسیب‌زا نیز روبه‌رو می‌شوند. این عوامل می‌توانند زمینه‌ساز افزایش خودانتقادی، تضعیف عزت‌نفس، کاهش احساس ارزشمندی و شکل‌گیری برداشت‌های منفی از خود شوند. از این منظر، بررسی افکار خودکشی در دختران نوجوان تنها به معنای سنجش شدت یک نشانه بالینی نیست، بلکه مستلزم فهم نحوه سازمان‌یابی «من»، کیفیت خودپنداره، سطح تحول شخصیت و ظرفیت فرد برای معنا دادن به تجربه‌های دشوار است. در پژوهش‌های مرتبط با مداخلات شناختی-رفتاری نیز نشان داده شده است که اصلاح باورهای ناکارآمد، افزایش عزت‌نفس و بهبود خودکارآمدی هیجانی می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر نقش داشته باشد (Rahimi et al., 2022). بنابراین، توجه به سازه‌هایی که به ساختار درونی شخصیت و تحول خود مربوط می‌شوند، می‌تواند افق دقیق‌تری برای فهم و مداخله در افکار خودکشی نوجوانان فراهم سازد.

یکی از متغیرهای مهم در این زمینه، تحول من است. تحول من به فرایند رشد تدریجی ظرفیت‌های فرد برای فهم خود، دیگران، روابط، ارزش‌ها، هیجانات، تعارض‌ها و موقعیت‌های پیچیده زندگی اشاره دارد. این سازه صرفاً معادل عزت‌نفس یا خودپنداره نیست، بلکه به سطح سازمان‌یافتگی روان‌شناختی، ظرفیت معناپردازی، انعطاف در دیدگاه‌گیری، مسئولیت‌پذیری، خودآگاهی و توانایی فرد برای درک پیچیدگی‌های درونی و بین‌فردی مربوط می‌شود. هرچه تحول من در سطح بالاتری قرار گیرد، فرد معمولاً توان بیشتری برای پردازش تعارض‌ها، مدیریت هیجانات، تحمل ابهام، بازنگری در باورها و تنظیم رفتارهای خود خواهد داشت. در مقابل، سطح پایین‌تر تحول من می‌تواند با تفکر دوگانه، واکنش‌های تکانشی، وابستگی شدید به تأیید بیرونی، ضعف در تنظیم هیجان و دشواری در پذیرش پیچیدگی‌های خود و دیگران همراه باشد. مطالعات مرتبط با تحول من نشان داده‌اند که این سازه با رشد هویت و انسجام روان‌شناختی ارتباط نزدیکی دارد و می‌تواند شاخصی مهم برای فهم کیفیت رشد شخصیت در نوجوانان و بزرگسالان باشد (Jespersen et al., 2013). همچنین، بررسی تحول من در گروه‌های مختلف نشان داده است که سطوح بالاتر رشد من با توانایی‌های بیشتر در معناپردازی، خودتنظیمی و مواجهه سازنده با موقعیت‌های پیچیده ارتباط دارد (Gilbride et al., 2021).

تحول من در دوره نوجوانی اهمیت مضاعفی دارد، زیرا این دوره با شکل‌گیری هویت، بازتعریف رابطه فرد با خانواده، همسالان و جامعه، و افزایش نیاز به خودمختاری همراه است. نوجوانی که هنوز نتوانسته است تجربه‌های دشوار درونی خود را در یک ساختار منسجم از خود ادغام کند، ممکن است افکار منفی را نه به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا، بلکه به‌عنوان حقیقتی قطعی درباره ارزشمندی یا بی‌ارزشی خود تجربه کند. چنین وضعیتی می‌تواند خطر شکل‌گیری افکار خودکشی را افزایش دهد، زیرا نوجوان ممکن است درد روانی، شکست، طردشدگی یا احساس تنهایی را نشانه‌ای از ناتوانی بنیادین خود بداند. از سوی دیگر، اگر تحول من تقویت شود، نوجوان می‌تواند میان خود و افکارش فاصله ایجاد کند، هیجانات دشوار را بهتر تحمل نماید، تعارض‌های بین‌فردی را کمتر تهدیدکننده ادراک کند و برای آینده معنا و امکان تغییر قائل شود. شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد که تحول من با ویژگی‌های رفتاری، هویتی و ظرفیت‌های سازگاران نوجوانان ارتباط دارد و می‌تواند در فهم تفاوت‌های فردی در چگونگی مواجهه با فشارهای تحولی نقش مهمی ایفا کند (Bailey, 2011). علاوه بر این، پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که تحول من و کیفیت بازنمایی‌های روابط اژه می‌توانند در تصمیم‌ها و جهت‌گیری‌های مهم زندگی نقش داشته باشند و از این طریق، اهمیت این سازه را در فهم تصمیم‌گیری‌های حساس و تجربه‌های روان‌شناختی برجسته سازند (Hosseini et al., 2024).

در کنار اهمیت تحول من، نقش فرایندهای شناختی در افکار خودکشی نیز بسیار برجسته است. بسیاری از نوجوانان دارای افکار خودکشی، رویدادهای منفی را به‌صورت مطلق، پایدار و فراگیر تفسیر می‌کنند و از خطاهای شناختی مانند فاجعه‌سازی، تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی، ذهن‌خوانی و برچسب‌زنی منفی نسبت به خود استفاده می‌کنند. این الگوها باعث می‌شود نوجوان در مواجهه با فشارهای تحصیلی، خانوادگی یا ارتباطی، امکان‌های جایگزین را نبیند و آینده را بسته، تاریک و غیرقابل تغییر تجربه کند. پژوهش‌ها نیز تأکید کرده‌اند که تحریف‌های شناختی نقش مهمی در رفتارهای خودکشی دارند و مداخلات شناختی می‌توانند از طریق اصلاح این الگوهای ناکارآمد، شدت افکار خودکشی را کاهش دهند (Norouzi & Heydari, 2024). در همین راستا، درمان شناختی-رفتاری یکی از رویکردهای مهم در مداخله با افکار خودکشی است. این رویکرد با تمرکز بر شناسایی افکار خودکار منفی، اصلاح باورهای ناکارآمد، آموزش مهارت حل مسئله، افزایش رفتارهای سازگاران و تقویت راهبردهای مقابله‌ای، تلاش می‌کند چرخه افکار منفی، هیجانات دردناک و رفتارهای ناسازگاران را تغییر دهد.

درمان شناختی-رفتاری به‌ویژه برای نوجوانانی که افکار خودکشی را تجربه می‌کنند، می‌تواند از چند مسیر اثرگذار باشد. نخست، این درمان به نوجوان کمک می‌کند تا افکار خودکشی را به‌عنوان محصول شرایط روان‌شناختی، هیجانی و شناختی قابل تغییر درک کند، نه به‌عنوان حقیقتی قطعی درباره خود یا آینده. دوم، با آموزش بازسازی شناختی، نوجوان می‌آموزد که شواهد موافق و مخالف افکار منفی خود را بررسی کند و تفسیرهای واقع‌بینانه‌تر و سازگاران‌تری بسازد. سوم، مهارت‌های رفتاری مانند حل مسئله، جرأت‌ورزی، مدیریت استرس و برنامه‌ریزی فعالیت می‌توانند احساس کنترل و کارآمدی را در نوجوان افزایش دهند. چهارم، کاهش اجتناب و افزایش درگیری در فعالیتهای معنادار می‌تواند به بازسازی تجربه مثبت از خود کمک کند. مرورهای نظام‌مند جدید نیز نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری در کاهش افکار خودکشی و خودآسیب‌رسانی عمدی اثربخش است (Jiao & Zhang, 2025). همچنین، کاربرد کوتاه‌مدت درمان شناختی-رفتاری برای پیشگیری از خودکشی، حتی در شرایطی مانند ارائه از راه دور، ظرفیت بالینی این رویکرد را در پاسخ به بحران‌های روان‌شناختی نشان داده است (Rojas et al., 2022). افزون بر این، توسعه درمان‌های شناختی-رفتاری متناسب با نیازهای گروه‌های خاص نشان می‌دهد که این رویکرد انعطاف‌پذیری قابل توجهی برای انطباق با ویژگی‌های جمعیتی، فرهنگی و روان‌شناختی مراجعان دارد (Scheer et al., 2023).

در کنار درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از رویکردهای مهم موج سوم درمان‌های رفتاری مورد توجه قرار گرفته است. این درمان برخلاف رویکردهایی که صرفاً بر تغییر محتوای افکار تمرکز دارند، بر تغییر رابطه فرد با افکار، هیجانات و تجربه‌های درونی تأکید می‌کند. از دیدگاه پذیرش و تعهد، بسیاری از مشکلات روان‌شناختی زمانی تشدید می‌شوند که فرد برای کنترل، حذف یا اجتناب از تجربه‌های دردناک درونی تلاش افراطی می‌کند و در نتیجه از ارزش‌ها و رفتارهای معنادار زندگی فاصله می‌گیرد. در نوجوانان دارای افکار خودکشی، این فرایند می‌تواند به شکل اجتناب از احساسات، هم‌آمیختگی با افکار منفی، احساس گیر افتادن در ذهن،

کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و قطع ارتباط با ارزش‌های زندگی ظاهر شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرایندهایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه اکنون، خود به عنوان بافتار، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، به فرد کمک می‌کند که به جای جنگیدن با افکار دردناک، رابطه‌ای مشاهده‌گرانه‌تر و منعطف‌تر با آن‌ها برقرار کند و در عین حضور رنج، در مسیر ارزش‌های خود حرکت نماید.

پژوهش‌های اخیر شواهد قابل توجهی درباره کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افکار خودکشی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و متغیرهای مرتبط با آن ارائه کرده‌اند. مرور نظام‌مند انجام‌شده درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار خودکشی نشان داده است که این رویکرد می‌تواند از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی، در کاهش آسیب‌پذیری نسبت به خودکشی مؤثر باشد (Ortas-Barajas & García-Rubio, 2024). در مطالعه‌ای دیگر، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در بزرگسالان افسرده توانست بر کارکردهای اجرایی و خطر رفتار خودکشی اثرگذار باشد و این یافته اهمیت فرایندهای شناختی - اجرایی را در پیوند میان درمان و کاهش خطر خودکشی برجسته می‌کند (Jaramillo et al., 2024). همچنین، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بیماران دارای گرایش خودکشی، احساس طردشدگی ادراک‌شده را کاهش دهد؛ متغیری که با تنهایی، بی‌ارزشی و تمایل به کناره‌گیری از زندگی ارتباط دارد (Malestroit et al., 2025; Olié et al., 2025). در بافت‌های بالینی و آسیب‌پذیر دیگر نیز اثربخشی این رویکرد در کاهش افکار خودکشی، افزایش تحمل پریشانی و بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط گزارش شده است (Sohrabnejad et al., 2025). افزون بر این، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نوجوانان دارای خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی نشان داده است که این رویکرد می‌تواند بر تنظیم هیجان اثرگذار باشد و از این طریق برای نوجوانانی که با رفتارها و افکار آسیب‌رسان درگیرند، ارزش مداخله‌ای داشته باشد (Yuan et al., 2024).

با وجود تفاوت‌های نظری و فنی میان درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هر دو رویکرد می‌توانند از مسیرهایی همگرا به بهبود تحول من در نوجوانان دارای افکار خودکشی کمک کنند. درمان شناختی-رفتاری از طریق اصلاح محتوای افکار ناکارآمد، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و تقویت کنترل شناختی و رفتاری، زمینه بازسازی تصویر فرد از خود را فراهم می‌کند. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش هم‌آمیختگی با افکار، افزایش پذیرش تجربه‌های دردناک و اتصال مجدد فرد با ارزش‌های شخصی، امکان تجربه خود به عنوان فراتر از افکار و هیجانات گذرا را فراهم می‌سازد. از منظر تحول من، هر دو رویکرد می‌توانند به نوجوان کمک کنند تا از سطح واکنش‌های تکانشی، تفکر انعطاف‌ناپذیر و خودآرزیایی‌های منفی فاصله بگیرد و به سطح بالاتری از خودآگاهی، مسئولیت‌پذیری، معناپردازی و تنظیم هیجان دست یابد. با این حال، پرسش مهم این است که آیا یکی از این دو رویکرد در ارتقای تحول من دختران نوجوان دارای افکار خودکشی اثربخشی بیشتری دارد یا هر دو می‌توانند به میزان مشابهی در بهبود این سازه نقش‌آفرین باشند.

با توجه به افزایش اهمیت مداخلات روان‌شناختی مدرسه‌محور برای نوجوانان دارای افکار خودکشی، ضرورت توجه به مداخلاتی که نه تنها شدت نشانه‌ها، بلکه ظرفیت‌های تحولی و سازمان‌یافتگی روان‌شناختی فرد را هدف قرار دهند، بیش از پیش احساس می‌شود. بیشتر پژوهش‌ها در زمینه خودکشی نوجوانان بر کاهش افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب یا رفتارهای خودآسیب‌رسان تمرکز کرده‌اند، اما بررسی تحول من به عنوان یک سازه عمیق‌تر شخصیتی می‌تواند شناخت دقیق‌تری از مکانیسم‌های تغییر فراهم آورد. دختران نوجوان دارای افکار خودکشی ممکن است نیازمند مداخلاتی باشند که علاوه بر کاهش افکار آسیب‌رسان، به آنان کمک کند تصویر منسجم‌تر، انعطاف‌پذیرتر و ارزشمندتری از خود بسازند. در چنین چارچوبی، مقایسه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند از نظر نظری و کاربردی اهمیت داشته باشد؛ زیرا نتایج آن می‌تواند به مشاوران مدرسه، روان‌شناسان بالینی و متخصصان سلامت روان در انتخاب مداخله مناسب برای این گروه آسیب‌پذیر کمک کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف هم‌سنجی اثربخشی آموزش مداخلات پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تحول من دختران نوجوان با افکار خودکشی انجام شد.

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره مطالعات کاربردی و از نظر روش در چارچوب طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، انجام شد. با توجه به ماهیت مداخله‌ای مطالعه و دشواری کنترل کامل همه متغیرهای اثرگذار در محیط واقعی مدرسه، برای ارزیابی اثربخشی مداخلات، نمرات شرکت‌کنندگان پیش و پس از اجرای برنامه‌های درمانی با نمرات گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بود، مقایسه شد. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهر ورامین در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود که دارای افکار خودکشی بودند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد، زیرا ورود به پژوهش مستلزم شناسایی دانش‌آموزانی بود که بر اساس شاخص‌های غربالگری و مصاحبه بالینی، افکار خودکشی داشتند. در مرحله نخست، پس از انجام مکاتبات اداری با آموزش و پرورش شهر ورامین و هماهنگی با مدیران مدارس منتخب، اهداف پژوهش و ضرورت شناسایی و به‌کارگیری راهبردهای آموزشی - درمانی برای مدیریت افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان برای مسئولان مدرسه و معلمان توضیح داده شد. سپس با مراجعه به مدارس متوسطه اول، از کادر مدرسه، به‌ویژه روان‌شناسان مدارس، درخواست شد دانش‌آموزانی را که دارای رفتارهای پرخطر یا افکار خودکشی بودند و طی سال تحصیلی به آنان مراجعه کرده بودند، به پژوهشگر معرفی کنند. در این فرایند، ۵۴ دانش‌آموز معرفی شدند و مقیاس افکار خودکشی بک برای آنان اجرا شد. از میان آنان، ۴۸ نفر نمره بالاتر از نقطه برش دریافت کردند و پس از انجام مصاحبه تشخیصی انفرادی، ۴۵ نفر که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. این افراد به‌صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری شامل گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص افکار خودکشی بر اساس مقیاس افکار خودکشی بک و مصاحبه بالینی، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال، برخورداری از سلامت جسمانی، عدم مصرف مواد و مشروبات الکلی، نداشتن مشکلات روان‌شناختی جدی مانند افسردگی، اختلال دوقطبی، مشکلات تکانه‌ای، خشم انفجاری و اختلال شخصیت، شرکت نکردن در برنامه‌های مداخلاتی هم‌زمان یا طی شش ماه گذشته، ارائه رضایت آگاهانه کتبی، پاسخ‌گویی کامل به ابزارهای خودگزارشی و داشتن وضعیت جسمی و روانی مناسب برای حضور در جلسات مداخله بود. ملاک‌های خروج نیز شامل فقدان افکار خودکشی بر اساس مصاحبه بالینی، مصرف داروهای روان‌پزشکی حداقل دو هفته پیش از شروع مداخله، دریافت هم‌زمان روان‌درمانی، وجود اختلال‌های روانی به‌ویژه افسردگی، ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن مانند بیماری تیروئید، دیابت و سرطان، و غیبت بیش از سه جلسه در برنامه‌های درمانی بود. پیش از آغاز مداخله‌ها، پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. سپس هر یک از دو گروه آزمایش مداخله مربوط به خود را در هشت جلسه دریافت کردند و گروه کنترل هیچ برنامه مداخله‌ای دریافت نکرد. به‌منظور جلوگیری از تداخل آموزشی و تعامل احتمالی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش، جلسات در دو فضای آموزشی متفاوت برگزار شد. جلسات درمانی توسط درمانگری دارای تجربه کاری در حوزه مشکلات رفتاری و دارای مجوز ارائه مداخلات شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، تحت نظارت استاد راهنما، اجرا شد. پس از پایان مداخله‌ها، پس‌آزمون برای هر سه گروه انجام شد و گروه کنترل نیز به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان طرح در فهرست انتظار درمان قرار گرفت.

مقیاس افکار خودکشی بک یکی از ابزارهای خودسنجی مورد استفاده در پژوهش حاضر بود که برای شناسایی و سنجش شدت افکار، نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی‌های مرتبط با خودکشی به کار رفت. این مقیاس دارای ۱۹ سؤال است و هر سؤال سه گزینه دارد که بر اساس طیف نمره‌گذاری صفر تا دو ارزیابی می‌شود. دامنه نمره کل در این مقیاس از صفر تا ۳۸ قرار دارد و بر اساس نمره به‌دست‌آمده، وضعیت آزمودنی از نظر وجود افکار خودکشی، آمادگی برای خودکشی یا قصد اقدام به خودکشی مشخص می‌شود. در این ابزار، پنج سؤال نخست نقش غربالگری دارند و در صورتی که پاسخ‌های آزمودنی نشان‌دهنده تمایل فعال یا غیرفعال به خودکشی باشد، پاسخ‌گویی به سایر سؤالات ادامه می‌یابد. در پژوهش حاضر، این مقیاس هم برای غربالگری اولیه و شناسایی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی و هم برای تأیید ملاک ورود به مطالعه

استفاده شد. اعتبار و پایایی این ابزار در مطالعات پیشین مطلوب گزارش شده است و در پژوهش حاضر نیز پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار ۰.۸۹ به دست آمد و نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب مقیاس در نمونه مورد مطالعه بود.

آزمون تحول من، ابزار اصلی سنجش متغیر وابسته در این پژوهش بود. این آزمون با عنوان آزمون تکمیل جمله‌های دانشگاه واشنگتن توسط های و لووینگر توسعه یافته و اساساً برای ارزیابی تحول خود یا تحول شخصیت طراحی شده است. آزمون تحول من در فرم‌های ویژه زنان و مردان تدوین شده و فرم کوتاه آن شامل ۱۸ جمله نیمه‌تمام است. این ابزار بر پایه نظریه رشد خود لووینگر، تحول خود را در سطوح مختلف از جمله سطح پیش‌اجتماعی، تکانشی، حمایتی، هم‌نوا، خودآگاه، باوجدان، مستقل، خودپیرو و یکپارچه بررسی می‌کند. آزمودنی‌ها با تکمیل جمله‌های نیمه‌تمام، الگوهای شناختی، هیجانی، بین‌فردی و نگرشی خود را آشکار می‌سازند و پاسخ‌ها بر اساس شاخص‌های مشخص نمره‌گذاری می‌شوند. در نمره‌گذاری این آزمون، پاسخ‌هایی که نشان‌دهنده سازگاری، نگرش مثبت و سازمان‌یافتگی بیشتر در تجربه خود هستند، امتیاز بالاتری دریافت می‌کنند، در حالی که پاسخ‌های مبهم، بی‌پاسخ یا نشان‌دهنده نگرش‌های ناسازگارانه امتیاز پایین‌تری می‌گیرند. این آزمون در مطالعات پیشین از نظر روایی صوری، محتوایی و ملاکی بررسی شده و ضرایب پایایی قابل قبول برای آن گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پایایی آزمون تحول من با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار ۰.۸۰ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب ابزار برای سنجش تحول من در دانش‌آموزان دختر دارای افکار خودکشی بود.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری در این پژوهش در قالب هشت جلسه درمانی طراحی و اجرا شد و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار گردید. محتوای جلسات بر اساس اصول درمان شناختی-رفتاری و در چارچوب طرح درمانی ویلدرموت تدوین شد. در جلسه نخست، معارفه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه، توضیح درباره ماهیت مشکلات روان‌شناختی و نقش عوامل شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم علائم انجام شد و شرکت‌کنندگان با منطق درمان شناختی-رفتاری و تکنیک تن‌آرامی آشنا شدند. در جلسات بعدی، ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارها توضیح داده شد و دانش‌آموزان با تفاوت میان فکر، هیجان و رفتار، سبک‌های ناکارآمد تفکر و خطاهای شناختی رایج آشنا شدند. سپس کاربرگ‌های بازسازی شناختی در اختیار آنان قرار گرفت و مهارت شناسایی افکار، ارزیابی افکار، اصلاح افکار و بررسی پیامدهای افکار اصلاح‌شده آموزش داده شد. در ادامه جلسات، زنجیره علت، پاسخ و پیامد بررسی شد و راهبردهایی برای شکستن چرخه‌های رفتاری مخرب ارائه گردید. همچنین مهارت جرأت‌ورزی، تمایز رفتار منفعلانه، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه، خودگویی‌های سازنده برای افزایش جرأت‌ورزی، مدیریت استرس، حل مسئله، آرام‌سازی عضلانی، تقویت عزت‌نفس و اصلاح خودارزیابی‌های منفی آموزش داده شد. در هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مرور می‌شد، تمرین‌های جدید ارائه می‌گردید و برای تثبیت مهارت‌ها تکلیف خانگی در نظر گرفته می‌شد. هدف کلی این پروتکل آن بود که شرکت‌کنندگان بتوانند افکار منفی و خودانتقادگرانه مرتبط با خود، آینده و زندگی را شناسایی و تعدیل کنند، احساس کنترل و خودکارآمدی بیشتری به دست آورند و زمینه بهبود تحول من در آنان فراهم شود.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و محتوای آن بر اساس اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پروتکل هیز، استروسال و ویلسون تدوین گردید. در جلسه نخست، درمانگر و اعضای گروه معرفی شدند، اصول رازداری، مشارکت فعال، نظم در حضور و انجام تکالیف خانگی توضیح داده شد و منطق کلی درمان برای شرکت‌کنندگان تشریح گردید. در جلسه دوم، تکالیف خانگی مرور شد و مفهوم ناامیدی سازنده از طریق استعاره‌هایی مانند طناب‌کشی و افتادن در چاله معرفی گردید تا دانش‌آموزان متوجه شوند تلاش مداوم برای کنترل یا حذف تجربه‌های درونی ناخوشایند می‌تواند خود به تداوم رنج روان‌شناختی منجر شود. در جلسه سوم، کنترل به‌عنوان یک مشکل مورد بحث قرار گرفت و با استفاده از استعاره‌هایی مانند مسافران اتوبوس و کیک شکلاتی، رابطه فرد با افکار و احساسات دشوار بازنگری شد. در جلسه چهارم، مفهوم گسلش شناختی معرفی شد و دانش‌آموزان آموختند که افکار خود را نه به‌عنوان واقعیت مطلق، بلکه به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کنند. در جلسه پنجم، ذهن‌آگاهی با تمرین‌هایی مانند قدم زدن همراه با ذهن و راج و خوردن آگاهانه آموزش داده شد. در جلسه ششم، ارزش‌ها و اهداف معنادار زندگی بررسی شد و شرکت‌کنندگان با تمرین‌هایی مانند خال هدف و استعاره

مهمان مزاحم، جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها را تمرین کردند. در جلسه هفتم، مفهوم خود به‌عنوان بافتار و مشاهده‌گر تجربه‌ها با استعاره‌هایی مانند صفحه شطرنج و دستگاه تلویزیون آموزش داده شد و تمرین‌هایی مانند شمارش نفس‌ها برای تقویت حضور ذهن به کار رفت. جلسه هشتم به جمع‌بندی فرایند درمان، مرور آموخته‌ها، گفت‌وگو با اعضای گروه و پایان‌بندی مداخله اختصاص یافت. هدف این پروتکل آن بود که شرکت‌کنندگان بتوانند افکار و احساسات دردناک را بدون اجتناب و قضاوت تجربه کنند، از هم‌آمیختگی با افکار خودکشی فاصله بگیرند، ارزش‌های شخصی خود را بازشناسند و رفتارهایی سازگارتر و معنادارتر را در مسیر تحول من انتخاب کنند.

پس از گردآوری داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، اطلاعات به‌دست‌آمده وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد و تحلیل‌های آماری متناسب با طرح پژوهش انجام گرفت. پیش از آزمون فرضیه‌های اصلی، مفروضه‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر تحول من در گروه‌های پژوهش، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج بیانگر رعایت مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. پس از تأیید مفروضه‌ها، برای مقایسه نمرات پس‌آزمون تحول من در سه گروه، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نمره پیش‌آزمون تحول من به‌عنوان متغیر کمکی وارد مدل شد تا تفاوت‌های اولیه احتمالی میان گروه‌ها کنترل شود و اثر خالص مداخله‌ها بر نمره پس‌آزمون بررسی گردد. پس از معنادار شدن اثر گروه، برای تعیین تفاوت‌های زوجی میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. سطح معناداری در تحلیل‌ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و نتایج بر اساس آماره‌های استنباطی، سطح معناداری، حجم اثر و مقایسه‌های زوجی تفسیر گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با ۰,۸۶۲±۱۳,۲۰، در گروه درمان شناختی-رفتاری برابر با ۰,۶۷۲±۱۳,۲۰ و در گروه کنترل برابر با ۰,۸۸۴±۱۲,۹۳ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین سه گروه از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین، سه گروه از نظر متغیر سن همگن بودند. همچنین، بررسی توزیع پایه تحصیلی نشان داد که در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دانش‌آموزان به‌صورت مساوی در پایه‌های هفتم، هشتم و نهم قرار داشتند؛ به‌گونه‌ای که در هر پایه ۵ نفر حضور داشتند. در گروه درمان شناختی-رفتاری، بیشترین فراوانی مربوط به پایه هشتم با ۴۰ درصد بود و در گروه کنترل، بیشترین فراوانی مربوط به پایه هفتم با ۴۰ درصد بود. نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که تفاوت بین گروه‌ها از نظر پایه تحصیلی معنادار نیست؛ بنابراین، سه گروه از نظر توزیع پایه تحصیلی نیز وضعیت مشابهی داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره کل تحول من در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	زمان	درمان شناختی-رفتاری، میانگین	درمان شناختی-رفتاری، میانگین	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انحراف استاندارد	کنترل، انحراف استاندارد
نمره کل تحول من	پیش‌آزمون	۳۱,۶۷	۱,۳۷۹	۳۰,۸۰	۱,۰۹۶	۳۱,۶۷
نمره کل تحول من	پس‌آزمون	۴۰,۰۰	۱,۵۹۲	۴۳,۷۳	۱,۳۸۹	۳۲,۹۳

براساس نتایج جدول ۱، میانگین نمره کل تحول من در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه پژوهش نسبتاً نزدیک به یکدیگر بود؛ به‌گونه‌ای که میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۱,۶۷، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۰,۸۰ و گروه کنترل ۳۱,۶۷ گزارش شد. با این حال، در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمره کل تحول من در دو گروه آزمایش افزایش قابل توجهی نشان داد؛ به‌طوری که میانگین گروه درمان شناختی-

رفتاری به ۴۰,۰۰ و میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ۴۳,۷۳ رسید، در حالی که میانگین گروه کنترل تنها به ۳۲,۹۳ افزایش یافت. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمانی با افزایش نمره تحول من همراه بوده‌اند، اما برای تعیین معناداری آماری این تفاوت‌ها از آزمون‌های استنباطی استفاده شد.

پیش از انجام تحلیل استنباطی، مفروضه‌های آماری مورد نیاز بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات نمره کل تحول من در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه پژوهش نرمال است؛ زیرا سطح معناداری در همه موارد بالاتر از ۰,۰۵ بود. مقادیر شاپیرو-ویلک برای پیش‌آزمون در گروه درمان شناختی-رفتاری ۰,۹۰۱، با سطح معناداری ۰,۰۹۸، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰,۹۰۰ با سطح معناداری ۰,۰۵۵ و در گروه کنترل ۰,۹۳۶ با سطح معناداری ۰,۳۳۴ به دست آمد. همچنین، در مرحله پس‌آزمون، مقدار شاپیرو-ویلک در گروه درمان شناختی-رفتاری ۰,۹۰۹ با سطح معناداری ۰,۱۳۱، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰,۹۳۹ با سطح معناداری ۰,۳۷۳ و در گروه کنترل ۰,۹۵۲ با سطح معناداری ۰,۵۵۵ گزارش شد. افزون بر این، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در نمره کل تحول من نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است؛ زیرا مقدار F برابر با ۳,۳۲۹ و سطح معناداری برابر با ۰,۰۵۰ بود. بنابراین، با توجه به رعایت مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها، استفاده از تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌های پژوهش مجاز بود.

جدول ۲. تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌ها در نمره کل تحول من

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	Si g.	حجم اثر	توان آزمون
متغیر کمکی؛ نمره تحول من در پیش‌آزمون	۱۱۳۹.۹۹۶	۱	۱۱۳۹.۹۹۶	۳۷۱.۳۳۳	۰.۰۰۱	۰.۹۰	۰.۹۹
گروه	۱۰۴۴.۸۰۲	۲	۵۲۲.۴۰۱	۱۷۰.۱۶۳	۰.۰۰۱	۰.۸۹	۰.۹۹
خطا	۱۲۵.۸۷۰	۴۱	۳.۰۷۰				
جمع اصلاح‌شده	۲۱۶۸.۴۴۴	۴۴					

براساس نتایج جدول ۲، اثر متغیر کمکی، یعنی نمره تحول من در پیش‌آزمون، بر نمره پس‌آزمون تحول من معنادار بود؛ به‌گونه‌ای که مقدار F برابر با ۳۷۱,۳۳۳ و سطح معناداری برابر با ۰,۰۰۱ به دست آمد. همچنین، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمره کل تحول من نیز معنادار بود؛ به‌طوری که مقدار F برابر با ۱۷۰,۱۶۳ و سطح معناداری برابر با ۰,۰۰۱ گزارش شد. این نتیجه نشان می‌دهد که بین گروه‌های پژوهش از نظر نمره پس‌آزمون تحول من تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار حجم اثر برای عامل گروه برابر با ۰,۸۹ بود که نشان‌دهنده اثر بسیار قوی مداخله‌های آزمایشی بر تحول من است. همچنین، توان آزمون برابر با ۰,۹۹ به دست آمد که بیانگر کفایت آماری مطلوب برای تشخیص اثر مداخله‌ها بود. برای مشخص شدن محل دقیق تفاوت میان گروه‌ها، آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی گروه‌های پژوهش در نمره کل تحول من

گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Si g.	کران پایین‌تر فاصله اطمینان ۹۵ درصد	کران بالاتر فاصله اطمینان ۹۵ درصد
درمان شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳.۷۳۳	۲.۰۰۵	۰.۲۰۹	-۸.۷۳	۱.۲۷
درمان شناختی-رفتاری	کنترل	۷.۰۶۷	۲.۰۰۵	۰.۰۰۳	۲.۰۷	۱۲.۰۷
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۱۰.۸۰۰	۲.۰۰۵	۰.۰۰۱	۵.۸۰۵	۱۵.۸۰

براساس نتایج جدول ۳، بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل از نظر نمره کل تحول من تفاوت معناداری وجود داشت؛ به‌گونه‌ای که تفاوت میانگین برابر با ۷,۰۶۷ و سطح معناداری برابر با ۰,۰۰۳ بود. همچنین، بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل نیز

تفاوت معناداری مشاهده شد و تفاوت میانگین برابر با ۱۰,۸۰۰ و سطح معناداری برابر با ۰,۰۰۱ به دست آمد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل موجب افزایش معنادار نمره تحول من شده‌اند. با این حال، تفاوت میانگین بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با -۳,۷۳۳ و سطح معناداری آن ۰,۲۰۹ بود که از نظر آماری معنادار نیست. بنابراین، اگرچه میانگین پس‌آزمون گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بالاتر از گروه درمان شناختی-رفتاری بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود و نمی‌توان یکی از دو رویکرد درمانی را بر دیگری برتر دانست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف هم‌سنجی اثربخشی آموزش مداخلات پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تحول من دختران نوجوان دارای افکار خودکشی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، مداخله‌های آزمایشی بر نمره کل تحول من اثر معنادار داشتند. نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان داد که میانگین نمره تحول من در گروه درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود و همچنین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در مقایسه با گروه کنترل بهبود معناداری در تحول من نشان داد. با این حال، تفاوت میان دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از نظر نمره تحول من معنادار نبود. بنابراین، می‌توان گفت هر دو رویکرد درمانی توانسته‌اند تحول من دختران نوجوان دارای افکار خودکشی را بهبود بخشند، اما هیچ‌یک از این دو مداخله در مقایسه با دیگری برتری معناداری نشان نداده است.

یافته نخست پژوهش، یعنی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تحول من دختران نوجوان دارای افکار خودکشی، با مبانی نظری و یافته‌های پیشین همسو است. درمان شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که افکار ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و تفسیرهای منفی از خود، دیگران و آینده می‌توانند هیجان‌های دردناک و رفتارهای ناسازگارانه را تشدید کنند. در دختران نوجوان دارای افکار خودکشی، این تحریف‌های شناختی ممکن است به شکل خودسرزنشگری، احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، فاجعه‌سازی و تفسیر مطلق شکست‌ها ظاهر شود. هنگامی که نوجوان رویدادهای منفی را نشانه ناتوانی بنیادین خود تلقی می‌کند، ساختار من و خودپنداره او آسیب می‌بیند و ظرفیت وی برای درک پیچیده‌تر از خود و موقعیت‌های زندگی کاهش می‌یابد. درمان شناختی-رفتاری با آموزش شناسایی افکار خودکار، ارزیابی شواهد، بازسازی شناختی، حل مسئله، مدیریت استرس و جرأت‌ورزی، می‌تواند به نوجوان کمک کند تا از تفسیرهای خشک، منفی و انعطاف‌ناپذیر فاصله بگیرد و تصویری واقع‌بینانه‌تر و سازمان‌یافته‌تر از خود بسازد. این فرایند با مفهوم تحول من همخوان است، زیرا تحول من مستلزم افزایش خودآگاهی، توانایی بازاندیشی، تنظیم هیجان، مسئولیت‌پذیری و درک چندبعدی‌تر از تجربه‌های درونی و بین‌فردی است (Gilbride et al., 2021; Jaspersen et al., 2013).

همسویی این یافته با مطالعات پیشین نیز قابل توجه است. پژوهش‌های مرتبط با رفتارهای خودکشی نشان داده‌اند که تحریف‌های شناختی در شکل‌گیری و تداوم افکار خودکشی نقش اساسی دارند و مداخلات شناختی می‌توانند با اصلاح این الگوها، خطر افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش دهند (Norouzi & Heydari, 2024). همچنین مرور نظام‌مند انجام‌شده درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افکار خودکشی و خودآسیب‌رسانی عمدی نشان می‌دهد که این رویکرد از طریق تغییر باورهای ناکارآمد، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش شدت افکار منفی می‌تواند پیامدهای بالینی مطلوبی ایجاد کند (Jiao & Zhang, 2025). در همین راستا، گزارش‌های بالینی درباره درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت برای پیشگیری از خودکشی نیز نشان داده‌اند که این رویکرد حتی در شرایط خاص، مانند ارائه از راه دور، ظرفیت کاهش خطر خودکشی و افزایش درگیری درمانی را دارد (Rojas et al., 2022). یافته پژوهش حاضر را می‌توان در همین چارچوب تبیین کرد؛ زیرا آموزش شناختی-رفتاری احتمالاً به دانش‌آموزان کمک کرده است تا افکار خودکشی و خودارزیابی‌های منفی را نه به‌عنوان حقیقت قطعی درباره خود، بلکه به‌عنوان الگوهای شناختی قابل شناسایی و قابل تغییر درک کنند. چنین تغییری می‌تواند زمینه بهبود تحول من را

فراهم کند، زیرا نوجوان به تدریج از واکنش‌های تکانشی و خودانتقادی به سمت خودفهمی، بازنگری شناختی و انتخاب رفتارهای سازگارانه‌تر حرکت می‌کند.

از سوی دیگر، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند از طریق تقویت عزت‌نفس و خودکارآمدی هیجانی نیز بر تحول من اثر بگذارد. در دوره نوجوانی، ساختار من هنوز در حال شکل‌گیری است و تجربه مکرر شکست، طرد، تعارض یا ناکامی می‌تواند به تضعیف احساس ارزشمندی و انسجام هویتی منجر شود. آموزش مهارت‌هایی مانند جرأت‌ورزی، حل مسئله، آرام‌سازی عضلانی و مدیریت استرس به نوجوان کمک می‌کند تا در برابر موقعیت‌های فشارزا احساس ناتوانی کمتری داشته باشد و نقش فعال‌تری در مدیریت زندگی روانی و اجتماعی خود ایفا کند. این امر با نتایج پژوهشی که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر عزت‌نفس و خودکارآمدی هیجانی دانش‌آموزان دختر نشان داده است، همخوانی دارد (Rahimi et al., 2022). همچنین انعطاف‌پذیری درمان شناختی-رفتاری برای انطباق با نیازهای گروه‌های مختلف، از جمله زنان و دختران دارای تجربه‌های خاص اجتماعی و روان‌شناختی، در مطالعات پیشین مورد تأکید قرار گرفته است (Scheer et al., 2023). بنابراین، در پژوهش حاضر می‌توان گفت مداخله شناختی-رفتاری با کاهش خطاهای شناختی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، زمینه رشد سازمان‌یافتگی روان‌شناختی و ارتقای تحول من را در دختران نوجوان دارای افکار خودکشی فراهم کرده است.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در مقایسه با گروه کنترل اثر معناداری بر تحول من دختران نوجوان دارای افکار خودکشی داشته است. این یافته با مبانی نظری ACT و شواهد پژوهشی پیشین همسو است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تمرکز مستقیم بر حذف افکار منفی، بر تغییر رابطه فرد با افکار، هیجان‌ها و تجربه‌های درونی تأکید دارد. در این رویکرد، افکار خودکشی الزاماً به عنوان محتوایی که باید با آن جنگید در نظر گرفته نمی‌شوند، بلکه به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا تلقی می‌شوند که فرد می‌تواند آن‌ها را مشاهده کند، از آن‌ها فاصله بگیرد و در عین حضور آن‌ها، بر اساس ارزش‌های خود رفتار کند. این فرایند برای نوجوانانی که با افکار خودکشی درگیرند اهمیت زیادی دارد، زیرا بسیاری از آنان با افکار منفی خود هم‌آمیخته می‌شوند و خود را عین همان افکار می‌پندارند. گسلش شناختی، پذیرش، ذهن‌آگاهی، خود به عنوان بافتار، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌تواند به نوجوان کمک کند تا میان «خود» و «محتوای ذهنی دردناک» تمایز ایجاد کند. این تمایز، از منظر تحول من، بسیار مهم است، زیرا رشد من مستلزم آن است که فرد بتواند تجربه‌های درونی خود را مشاهده، معناپردازی و تنظیم کند، نه اینکه کاملاً در آن‌ها غرق شود.

همسویی این یافته با پژوهش‌های جدید درباره ACT و رفتارهای خودکشی قابل توجه است. مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش رفتارها و افکار خودکشی مؤثر باشد و این اثر عمدتاً از مسیر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربی و تقویت رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها حاصل می‌شود (Ortas-Barajas & García-Rubio, 2024). همچنین پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که ACT می‌تواند در بیماران دارای گرایش خودکشی، احساس طردشدگی ادراک‌شده را کاهش دهد؛ احساسی که با تنهایی، بی‌ارزشی و گسست از دیگران ارتباط دارد و می‌تواند افکار خودکشی را تشدید کند (Malestroit et al., 2025; Olié et al., 2025). در مطالعه‌ای دیگر، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست بر کارکردهای اجرایی و خطر رفتار خودکشی در افراد افسرده اثرگذار باشد که این امر نشان می‌دهد ACT فقط بر پذیرش هیجان‌ها متمرکز نیست، بلکه می‌تواند ظرفیت‌های شناختی و خودتنظیمی مرتبط با تصمیم‌گیری و کنترل رفتاری را نیز تقویت کند (Jaramillo et al., 2024). در پژوهش حاضر نیز احتمالاً آموزش پذیرش، گسلش شناختی، ذهن‌آگاهی و ارزش‌ها به دختران نوجوان کمک کرده است تا افکار خودکشی را کمتر به عنوان بخش ثابت هویت خود تجربه کنند و به جای گرفتار شدن در محتوای دردناک ذهن، به سمت رفتارهای معنادارتر حرکت کنند.

در تبیین اثربخشی ACT بر تحول من باید به نقش ارزش‌ها و خود به عنوان بافتار توجه ویژه داشت. نوجوانی که افکار خودکشی دارد، معمولاً افق آینده را محدود و تاریک تجربه می‌کند و ممکن است احساس کند زندگی او فاقد معنا یا امکان تغییر است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روشن‌سازی ارزش‌ها به فرد کمک می‌کند تا از تمرکز صرف بر کاهش درد روانی فاصله بگیرد و زندگی خود را بر اساس جهت‌گیری‌های

معنادار بازسازمان دهد. این امر می‌تواند موجب تقویت احساس هدفمندی، انسجام درونی و تداوم هویتی شود. همچنین مفهوم خود به عنوان بافتار به نوجوان کمک می‌کند دریابد که افکار و هیجان‌های دردناک بخشی از تجربه او هستند، اما تمام هویت او را تعریف نمی‌کنند. چنین درکی می‌تواند با ارتقای تحول من ارتباط داشته باشد، زیرا فرد را قادر می‌سازد خود را پیچیده‌تر، منعطف‌تر و فراتر از نشانه‌های هیجانی یا شناختی لحظه‌ای تجربه کند. یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با نوجوانان دارای خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی نیز نشان داده‌اند که ACT می‌تواند از طریق بهبود تنظیم هیجان، در کاهش رفتارهای آسیب‌رسان و ارتقای سازگاری روان‌شناختی نقش داشته باشد (Yuan et al., 2024). همچنین شواهد مربوط به مصرف‌کنندگان مواد نشان داده است که ACT می‌تواند افکار خودکشی را کاهش داده و تحمل پریشانی را افزایش دهد؛ موضوعی که در نوجوانان دارای افکار خودکشی نیز می‌تواند سازوکاری مهم برای ارتقای تحول من باشد (Sohrabnejad et al., 2025).

یافته سوم پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحول من تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته نشان می‌دهد که هر دو مداخله، با وجود تفاوت‌های نظری و تکنیکی، توانسته‌اند به میزان نسبتاً مشابهی در بهبود تحول من مؤثر باشند. از یک سو، CBT از مسیر اصلاح محتوای افکار، کاهش تحریف‌های شناختی، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش احساس کنترل اثر می‌گذارد. از سوی دیگر، ACT از مسیر تغییر رابطه فرد با افکار، پذیرش تجربه‌های دردناک، کاهش هم‌آمیختگی شناختی و حرکت به سوی ارزش‌ها عمل می‌کند. هرچند این دو مسیر متفاوت‌اند، اما پیامد مشترک آن‌ها می‌تواند افزایش خودآگاهی، کاهش واکنش‌های تکانشی، بهبود تنظیم هیجان و تقویت تصویر منسجم‌تر از خود باشد. همین پیامدهای مشترک می‌توانند توضیح دهند که چرا در پژوهش حاضر تفاوت معناداری میان دو مداخله مشاهده نشد. به بیان دیگر، تحول من ممکن است به جای وابستگی به یک تکنیک درمانی خاص، از هر مداخله‌ای که بتواند ظرفیت بازنگری در تجربه‌های درونی، تنظیم هیجان و رفتار معنادار را افزایش دهد، تأثیر بپذیرد.

این نتیجه با ادبیات مربوط به تحول من نیز قابل تبیین است. تحول من سازه‌ای چندبعدی است که با هویت، خودآگاهی، معناپردازی، پیچیدگی شناختی، روابط بین‌فردی و ظرفیت تنظیم هیجان در ارتباط است (Bailey, 2011; Jespersen et al., 2013). از این رو، ممکن است هم CBT و هم ACT از مسیرهای متفاوت، اما مکمل، بر ابعاد گوناگون این سازه اثر بگذارند. CBT بیشتر بر بازسازی شناختی و مهارت‌آموزی متمرکز است و می‌تواند بخش‌های شناختی و رفتاری تحول من را تقویت کند، در حالی که ACT با تأکید بر پذیرش، ارزش‌ها و خود مشاهده‌گر، می‌تواند ابعاد وجودی، هیجانی و معنایی تحول من را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین پژوهش‌های مرتبط با تحول من نشان می‌دهند که این سازه در تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی و نحوه مواجهه فرد با موقعیت‌های پیچیده نقش دارد (Hosseini et al., 2024). بنابراین، هر دو درمان ممکن است با افزایش ظرفیت نوجوان برای فهم خود و موقعیت‌های دشوار، به سطح بالاتری از تحول من منجر شده باشند. افزون بر این، یافته‌های جدید درباره نوجوانان نشان داده‌اند که طرحواره‌های شناختی ناسازگارانه، تنظیم هیجان ناکارآمد و درد روان‌شناختی در رفتارهای خودآسیب‌رسان نقش دارند (Wu et al., 2025; Zhou et al., 2025). از آنجا که ACT و CBT هر دو به شیوه‌ای متفاوت این سازوکارها را هدف قرار می‌دهند، نبود تفاوت معنادار میان آن‌ها قابل انتظار است.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تحول من در دختران نوجوان دارای افکار خودکشی، سازه‌ای قابل مداخله است و می‌توان از طریق رویکردهای روان‌شناختی ساختارمند، آن را بهبود بخشید. اهمیت این یافته در آن است که بسیاری از مداخلات مربوط به افکار خودکشی صرفاً بر کاهش نشانه یا مدیریت بحران تمرکز دارند، در حالی که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد مداخله می‌تواند فراتر از کاهش افکار خودکشی، بر سطح عمیق‌تری از سازمان‌یافتگی روان‌شناختی و رشد شخصیت اثر بگذارد. دختران نوجوانی که یاد می‌گیرند افکار منفی خود را بازسازی کنند، با هیجان‌های دردناک رابطه‌ای منعطف‌تر برقرار سازند، ارزش‌های خود را شناسایی کنند و رفتارهای سازگارانه‌تری انتخاب نمایند، احتمالاً ظرفیت بیشتری برای ادغام تجربه‌های دشوار در یک تصویر منسجم‌تر از خود پیدا می‌کنند. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو می‌توانند به عنوان مداخلات مؤثر برای ارتقای تحول من در دختران نوجوان دارای افکار

خودکشی مورد توجه قرار گیرند، هرچند انتخاب میان آن‌ها ممکن است بر اساس ویژگی‌های فردی مراجع، ترجیح درمانگر، شرایط مدرسه و اهداف درمانی انجام شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که نمونه پژوهش فقط شامل دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۵ ساله شهر ورامین بود؛ بنابراین، در تعمیم نتایج به پسران، نوجوانان سایر گروه‌های سنی، دانش‌آموزان سایر شهرها و نوجوانان خارج از بافت مدرسه باید احتیاط شود. همچنین حجم نمونه نسبتاً محدود بود و هر گروه تنها ۱۵ نفر را شامل می‌شد که می‌تواند قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز یکی دیگر از محدودیت‌هاست، زیرا پاسخ‌های شرکت‌کنندگان ممکن است تحت تأثیر ملاحظات اجتماعی، ترس از افشای افکار خودکشی یا برداشت شخصی از پرسش‌ها قرار گرفته باشد. افزون بر این، پژوهش حاضر فاقد مرحله پیگیری بلندمدت بود و به همین دلیل، درباره پایداری اثرات مداخله‌ها در دوره‌های زمانی طولانی‌تر نمی‌توان نتیجه قطعی گرفت.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، شامل دختران و پسران، گروه‌های سنی مختلف و دانش‌آموزان مناطق جغرافیایی و فرهنگی متفاوت استفاده شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری چندماهه یا یک‌ساله می‌تواند مشخص کند که اثرات درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحول من و افکار خودکشی تا چه اندازه پایدار باقی می‌ماند. استفاده از روش‌های چندمنبعی، مانند مصاحبه بالینی، گزارش والدین، گزارش مشاور مدرسه و مشاهده رفتاری، می‌تواند اعتبار داده‌ها را افزایش دهد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند تنظیم هیجان، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، انسجام خانوادگی، درد روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در رابطه میان مداخله‌ها و تحول من بررسی کنند.

از نظر کاربردی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مدارس می‌توانند از برنامه‌های ساختارمند شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد برای حمایت روان‌شناختی از دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی استفاده کنند. مشاوران مدرسه و روان‌شناسان بالینی می‌توانند با آموزش مهارت‌هایی مانند شناسایی افکار منفی، بازسازی شناختی، ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجان‌های دشوار، جرأت‌ورزی، حل مسئله و روشن‌سازی ارزش‌ها، به نوجوانان کمک کنند تا تصویر منسجم‌تر و سازگارانه‌تری از خود بسازند. همچنین پیشنهاد می‌شود نظام آموزشی برای شناسایی زودهنگام دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی، ارجاع به موقع، مشارکت خانواده و اجرای مداخلات گروهی مدرسه‌محور برنامه‌ریزی کند. ترکیب عناصر مؤثر هر دو رویکرد نیز می‌تواند در طراحی بسته‌های مداخله‌ای جامع برای ارتقای تحول من و کاهش خطر خودآسیب‌رسانی در نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Adolescence is a critical developmental period in which psychological vulnerability, identity formation, emotional reactivity, and interpersonal sensitivity converge. During this stage, adolescents are required to reorganize their self-concept, regulate intensified emotions, negotiate social relationships, and construct a coherent sense of personal meaning. When these developmental tasks are disrupted by emotional distress, cognitive rigidity, perceived rejection, or maladaptive self-evaluations, adolescents may become vulnerable to suicidal thoughts and self-harming tendencies. Recent evidence has shown that suicidal ideation in adolescents is not merely a transient symptom, but often emerges from the interaction of cognitive, emotional, and developmental risk factors, including intolerance of uncertainty, psychache, maladaptive emotion regulation, and dysfunctional cognitive schemas (Wu et al., 2025; Zhou et al., 2025). Therefore, preventive and therapeutic interventions for adolescents with suicidal thoughts should not be limited to symptom reduction; they should also address deeper developmental structures related to self-understanding, identity integration, and ego development.

Ego development refers to the progressive organization of the self, through which individuals become increasingly capable of understanding themselves, others, emotions, conflicts, values, and social expectations in a more complex and integrated manner. Higher levels of ego development are associated with greater self-awareness, reflective capacity, emotional regulation, interpersonal understanding, and flexibility in meaning-making. Conversely, lower levels of ego development may be associated with impulsivity, rigid self-evaluation, dependence on external validation, and difficulty tolerating ambiguity or psychological distress. Theoretical and empirical literature has emphasized the close association between ego development and identity formation, suggesting that adolescents with more advanced ego development are better able to organize their experiences and construct more coherent self-narratives (Jespersen et al., 2013). Ego development has also been linked to adaptive sense-making capacities and more sophisticated responses to complex interpersonal and organizational situations (Gilbride et al., 2021). In adolescent populations, ego development is especially important because this developmental period involves rapid changes in self-definition, autonomy, peer relationships, and emotional self-regulation. Studies on gifted adolescents and developmental characteristics have similarly indicated that ego development can be understood as a meaningful index of psychological maturation and adaptive functioning (Bailey, 2011). Moreover, research

has shown that ego development and object-relational representations may influence major life decisions and psychological adaptation, highlighting the relevance of this construct in understanding how individuals process emotionally significant experiences (Hosseini et al., 2024).

Cognitive processes play a central role in suicidal ideation. Adolescents who experience suicidal thoughts may interpret stressful events through cognitive distortions such as catastrophizing, overgeneralization, dichotomous thinking, self-blame, and negative predictions about the future. These distortions can intensify hopelessness and reduce the adolescent's perceived capacity to cope with distress. Cognitive interventions are therefore considered important in the prevention and treatment of suicidal thoughts because they target dysfunctional beliefs and maladaptive interpretive patterns (Norouzi & Heydari, 2024). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is one of the most widely used evidence-based interventions for suicidal ideation and deliberate self-harm. A recent systematic review has demonstrated the efficacy of CBT in reducing suicidal ideation and self-harming behaviors by modifying maladaptive cognitions, strengthening coping skills, and improving problem-solving capacities (Jiao & Zhang, 2025). Brief CBT protocols have also been applied in suicide prevention, including through telehealth formats, indicating the flexibility and clinical utility of this approach in crisis-related conditions (Rojas et al., 2022). Furthermore, CBT has demonstrated positive effects on self-esteem and emotional self-efficacy among female students, which are closely related to self-organization and ego development (Rahimi et al., 2022). The adaptability of CBT for different populations has also been emphasized, particularly when interventions are tailored to the needs of specific social and psychological groups (Scheer et al., 2023).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as a third-wave behavioral intervention, offers another theoretically relevant approach for adolescents with suicidal thoughts. Unlike approaches that focus primarily on changing the content of thoughts, ACT aims to change the individual's relationship with internal experiences. Through acceptance, cognitive defusion, mindfulness, self-as-context, values clarification, and committed action, ACT helps individuals observe painful thoughts and feelings without becoming fused with them. This may be especially valuable for adolescents with suicidal ideation, who may experience negative thoughts as defining truths about the self. Systematic reviews have suggested that ACT can be effective in reducing suicidal behavior by increasing psychological flexibility and reducing experiential avoidance (Ortas-Barajas & García-Rubio, 2024). ACT-based interventions have also been shown to influence executive functioning and suicide risk among individuals with depression, suggesting that this approach may improve both emotional and cognitive mechanisms relevant to suicidal behavior (Jaramillo et al., 2024). Other recent findings indicate that ACT may reduce perceived ostracism in suicidal patients, a factor closely related to loneliness, social disconnection, and self-devaluation (Malestroit et al., 2025; Olié et al., 2025). In addition, ACT has been found effective in reducing suicidal thoughts and improving distress tolerance in vulnerable clinical groups (Sohrabnejad et al., 2025). Evidence also suggests that ACT can improve emotion regulation among adolescents with nonsuicidal self-injury, supporting its relevance for adolescent self-harm-related problems (Yuan et al., 2024). Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on ego development in adolescent girls with suicidal thoughts.

Methods and Materials

This study was applied in terms of purpose and quasi-experimental in terms of method. It used a pretest–posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of all female lower-secondary school students in Varamin during the 2023–2024 academic year who had suicidal thoughts. Because the study focused on students with suicidal ideation, purposive sampling was used. After administrative coordination with the Department of Education and selected schools, students who had been identified by school personnel, particularly school psychologists, as having high-risk behaviors or suicidal

thoughts were referred to the researcher. Initially, 54 students were introduced by the schools. The Beck Scale for Suicide Ideation was administered to these students, and 48 students obtained scores above the cutoff point. After individual diagnostic interviews, 45 students who met the inclusion criteria were selected as the final sample. These participants were randomly assigned to three equal groups: the Cognitive Behavioral Therapy group, the Acceptance and Commitment Therapy group, and the control group, with 15 participants in each group.

The inclusion criteria consisted of having suicidal thoughts based on the Beck Scale for Suicide Ideation and clinical interview, being 13 to 15 years old, having adequate physical health, not using substances or alcohol, not having severe psychological disorders such as depression, bipolar disorder, impulse-control problems, explosive anger, or personality disorder, not participating in concurrent psychological interventions or interventions during the previous six months, providing written informed consent, completing the self-report instruments, and having sufficient physical and psychological readiness to participate in the intervention sessions. The exclusion criteria included lack of suicidal ideation based on clinical interview, use of psychiatric medication at least two weeks before the intervention, receiving concurrent psychotherapy, having major psychological disorders, suffering from chronic physical illnesses such as thyroid disease, diabetes, or cancer, and missing more than three treatment sessions.

The data collection instruments included the Beck Scale for Suicide Ideation and Loewinger's Ego Development Test. The Beck Scale for Suicide Ideation was used to identify and screen students with suicidal thoughts. Loewinger's Ego Development Test was used to assess the main dependent variable, namely ego development. The CBT protocol consisted of eight 90-minute sessions. The sessions included group introduction, explanation of the cognitive-behavioral model, relaxation training, identification of thoughts, emotions, and behaviors, recognition of dysfunctional thinking styles, cognitive restructuring, analysis of behavioral chains, assertiveness training, stress management, problem-solving, muscular relaxation, self-esteem enhancement, and homework assignments. The ACT protocol also consisted of eight 90-minute sessions and included introduction to the treatment rationale, constructive hopelessness, cognitive defusion, mindfulness, values clarification, self-as-context, committed action, experiential metaphors, breathing exercises, and termination. The control group received no intervention during the study period but was placed on a waiting list after completion of the research for ethical reasons.

Findings

The demographic findings showed that the mean and standard deviation of age were 13.20 ± 0.862 in the Acceptance and Commitment Therapy group, 13.20 ± 0.672 in the Cognitive Behavioral Therapy group, and 12.93 ± 0.884 in the control group. One-way analysis of variance indicated no significant difference among the three groups in terms of age, confirming their homogeneity. The distribution of students by grade level was also similar across the groups. In the Acceptance and Commitment Therapy group, students were equally distributed across seventh, eighth, and ninth grades. In the Cognitive Behavioral Therapy group, the largest proportion of students was in eighth grade, and in the control group, the largest proportion was in seventh grade. The chi-square test showed no significant difference among the groups in terms of grade level.

The descriptive findings showed that the mean ego development score in the Cognitive Behavioral Therapy group increased from 31.67 ± 1.379 at pretest to 40.00 ± 1.592 at posttest. In the Acceptance and Commitment Therapy group, the mean ego development score increased from 30.80 ± 1.096 at pretest to 43.73 ± 1.389 at posttest. In the control group, the mean score changed from 31.67 ± 1.178 at pretest to 32.93 ± 1.252 at posttest. These descriptive results indicated that both experimental groups improved after the interventions, while the control group showed only a slight change.

Before testing the main hypothesis, statistical assumptions were examined. The Shapiro-Wilk test showed that the distribution of ego development scores was normal in all groups at both pretest and posttest. Levene's test

also indicated that the assumption of homogeneity of variance was met. Therefore, analysis of covariance was used to compare the posttest scores of ego development among the three groups while controlling for pretest scores. The results of analysis of covariance showed that the covariate effect of pretest ego development was significant. More importantly, the group effect was also significant, indicating that the interventions had a significant effect on posttest ego development scores after controlling for pretest differences. The effect size was high, and the statistical power was adequate.

Bonferroni post hoc comparisons showed that the Cognitive Behavioral Therapy group had significantly higher ego development scores than the control group. The Acceptance and Commitment Therapy group also had significantly higher ego development scores than the control group. However, the difference between the Cognitive Behavioral Therapy group and the Acceptance and Commitment Therapy group was not statistically significant. These findings indicate that both interventions were effective in improving ego development among adolescent girls with suicidal thoughts, but neither intervention demonstrated significant superiority over the other.

Discussion and Conclusion

The results of the present study indicated that both Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy were effective in improving ego development among adolescent girls with suicidal thoughts. The effectiveness of CBT may be explained by its focus on identifying and modifying negative automatic thoughts, dysfunctional beliefs, and cognitive distortions. For adolescents with suicidal thoughts, negative self-evaluations and rigid interpretations of distressing events may weaken self-coherence and impair ego development. By teaching cognitive restructuring, problem-solving, assertiveness, stress management, and relaxation skills, CBT may help adolescents develop a more realistic understanding of themselves and their circumstances. This process can enhance self-awareness, emotional regulation, self-efficacy, and adaptive functioning, all of which are closely related to ego development.

The effectiveness of ACT can be explained through its emphasis on acceptance, cognitive defusion, mindfulness, values, and committed action. Adolescents with suicidal thoughts may become fused with painful thoughts and may interpret these thoughts as fixed truths about themselves. ACT helps individuals observe thoughts as mental events rather than absolute realities. This shift can reduce the dominance of suicidal thoughts and create space for value-based behavior. In addition, the emphasis on self-as-context may help adolescents experience the self as broader than distressing thoughts and emotions. This may contribute to a more flexible, integrated, and developmentally mature sense of self.

The absence of a significant difference between CBT and ACT suggests that both interventions may influence ego development through different but convergent mechanisms. CBT appears to improve ego development mainly by modifying maladaptive thought content and strengthening behavioral coping skills, whereas ACT appears to improve ego development by changing the adolescent's relationship with internal experiences and increasing psychological flexibility. Although the mechanisms differ, both approaches can enhance self-reflection, emotional regulation, adaptive behavior, and meaning-oriented functioning. Therefore, both interventions may be considered useful therapeutic options for adolescent girls with suicidal thoughts.

Overall, the findings support the use of structured psychological interventions in school-based and clinical settings for adolescents experiencing suicidal thoughts. The results suggest that interventions targeting cognition, emotion, self-awareness, and value-based action can contribute not only to symptom management but also to deeper developmental improvement. Since ego development is related to identity organization, psychological maturity, and adaptive functioning, strengthening this construct may have protective implications for adolescents at risk. Accordingly, both Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy can be considered effective interventions for improving ego development in adolescent

girls with suicidal thoughts, and the choice between them may depend on clinical judgment, student characteristics, therapist expertise, and institutional resources.

References

- Bailey, C. (2011). An Examination of the Relationships Between Ego Development, Dabrowski's Theory of Positive Disintegration, and the Behavioral Characteristics of Gifted Adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 55(3), 208-222. <https://doi.org/10.1177/0016986211412180>
- Gilbride, N., James, C., & Carr, S. (2021). School principals at different stages of adult ego development: Their sense-making capabilities and how others experience them. *Educational Management Administration & Leadership*, 49(2), 234-250. <https://doi.org/10.1177/1741143220903724>
- Hosseini, M. S., Zarani, F., Heidari, M., Azadfallah, P., & Safdar, S. (2024). The role of ego development and representations of object relations in the decision to migrate. *Clinical Psychology and Personality*, 22(42), 1-16.
- Jaramillo, V. G., Herrera, M. C. A., Grisales, A. M., Martínez, D. A. L., & Ramirez, O. M. C. (2024). The Effect of an Acceptance and Commitment Therapy-Based Intervention on Executive Functioning and Risk of Suicidal Behavior in Adults with Depression. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 12(3). https://www.researchgate.net/publication/388117226_The_Effect_of_an_Acceptance_and_Commitment_Therapy-Based_Intervention_on_Executive_Functioning_and_Risk_of_Suicidal_Behavior_in_Adults_with_Depression
- Jespersen, K., Kroger, J., & Martinussen, M. (2013). Identity Status and Ego Development: A Meta-Analysis. *Identity*, 13(3), 228-241. <https://doi.org/10.1080/15283488.2013.799433>
- Jiao, Y., & Zhang, W. (2025). The efficacy of cognitive behavioral therapy on reducing suicidal ideation and deliberate self-harm: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 16, 1672957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1672957>
- Malestroit, M., Brand-Arpon, V., Courtet, P., & Ducasse, D. (2025). Acceptance and commitment therapy reduces perceived ostracism in suicidal patients. *Annals of General Psychiatry*, 24, 8.
- Norouzi, R., & Heydari, A. (2024). The role of cognitive distortions in suicidal behaviors and the effectiveness of cognitive interventions. *Journal of Psychological Research*, 10(2), 67-82.
- Olié, E., Malestroit, M., Brand-Arpon, V., Courtet, P., & Ducasse, D. (2025). Acceptance and commitment therapy reduces perceived ostracism in suicidal patients. *Annals of General Psychiatry*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12991-024-00541-x>
- Ortas-Barajas, F., & García-Rubio, C. (2024). Acceptance and commitment therapy on suicidal behavior: A systematic review. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 17(2), 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2023.09.001>
- Rahimi, C., Jamalabadi, P., & Sedaghat Pour Haghighi, M. M. (2022). Cognitive Behavioral Treatment on Self-Esteem and Emotional Self-Efficacy of Female Students with Failure in Love [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*---, 12(0), 19-19. <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.78>
- Rojas, S. M., Gold, S. D., Bryan, C. J., Pruitt, L. D., Felker, B. L., & Reger, M. A. (2022). Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (BCBT-SP) via video telehealth: a case example during the COVID-19 outbreak. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 446-453. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.001>
- Scheer, J. R., Clark, K. A., McConocha, E., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2023). Toward Cognitive-Behavioral Therapy for Sexual Minority Women: Voices From Stakeholders and Community Members. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 471-494. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.019>
- Sohrabnejad, S., Mehrabaninasab, M., Nazari, H., Sohrabnejad, A., & Nazari, G. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Sensation Seeking and, Distress Tolerance among Substance Users. *Journal of Basic Research in Medical Sciences*, 12(2), 1-10. <https://doi.org/10.61186/jbrms.12.2.1>
- Wu, J., Wang, C., Zheng, Y., Han, X., Guo, J., Cui, Y., Hu, J., Lin, M. P., & You, J. (2025). Intolerance of Uncertainty Predicts Suicidal Ideation Among Adolescents Through Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(2). <https://doi.org/10.1111/sltb.70001>
- Yuan, J., Li, H., Zhang, Y., & Zhou, X. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy on emotion regulation in adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Frontiers in psychology*, 15, 1189. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231324>
- Zhou, Q., Liang, Y., & Liu, X. (2025). Profiles and Transitions of Non-Suicidal Self-Injury With Addictive Features in Adolescents: Predictive Role of Maladaptive Cognitive Schemas. *Journal of Behavioral Addictions*, 14(3), 1468-1480. <https://doi.org/10.1556/2006.2025.00065>

