رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۲۳، شهریور ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(6), 2026

مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم با درمان حالات ایگو بر شدت افکار خودکشی در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی

Comparing the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing therapy with ego state therapy on severity of suicidal thoughts in individuals with childhood trauma

فریبا احمدی دریاکناری
گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
جواد خلعتبری (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
بیوک تاجری
گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (EMDR) و درمان حالات ایگو (EST) بر شدت افکار خودکشی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماه بود. جامعه آماری این پژوهش افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی مراجعه کننده به مراکز مشاوره در استان گیلان در سال ۱۴۰۴ بود. ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی ساده در سه گروه جایگذاری شدند. داده‌ها با پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ؛ برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) و مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹) جمع‌آوری شد. افراد گروه‌های آزمایش در هشت جلسه به صورت فردی تحت مداخله قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، نمرات گروه‌های آزمایش در شدت افکار خودکشی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنادار کاهش یافته است (P<۰/۰۵)؛ همچنین یافته‌ها نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). یافته نهایی نشان داد که EST در مقایسه با درمان EMDR به‌طور معناداری تاثیر بیشتری در کاهش شدت افکار خودکشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشته است (P<۰/۰۵). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که EST اثربخشی بیشتری نسبت به درمان EMDR بر شدت افکارخودکشی در افراد دارای تجربه آسیب در دوران کودکی داشته است.

واژه‌های کلیدی: *حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم، حالات ایگو، افکار خودکشی، آسیب در دوران کودکی.*

Fariba Ahmadi Daryakenari
Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
Javad Khalatbari *
Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. *jkhalatbari@iau.ac.ir*
Biuok Tajeri
Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and therapy and ego state therapy (EST) on the severity of suicidal thoughts. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a one-month follow-up period. The statistical population of this study was individuals with childhood trauma referring to counseling centers in Guilan province in 2024. 48 people were selected through purposive sampling and placed into three groups through simple random sampling. Data were collected with The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003) and the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI; Beck et al., 1979). Individuals in the experimental groups underwent individual intervention in eight sessions. Data analysis was performed using Repeated measures ANOVA. The findings showed that compared to the control group, the experimental group's scores in severity of suicidal thoughts decreased significantly from pre-test to post-test and follow-up (P<0.05); the findings also showed that there was no significant difference between the post-test and follow-up scores in the experimental groups (P<0.05). The final finding showed that EST had a significantly greater effect on reducing the severity of suicidal thoughts in the post-test and follow-up stages compared to EMDR therapy (P<0.05). Based on the findings of this study, it can be concluded that EST was more effective than EMDR therapy on the severity of suicidal thoughts in people with childhood trauma.

Keywords: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Ego States, Suicidal Thoughts, Childhood Trauma.*

نوع مقاله: پژوهشی **دریافت: خرداد ۱۴۰۵** **پذیرش: تیر ۱۴۰۵** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

مقدمه

دوران کودکی یکی از حساس‌ترین مراحل رشد انسان به شمار می‌رود و نقشی اساسی در شکل‌گیری شخصیت و ویژگی‌های روانی فرد ایفا می‌کند. با این حال، تجربه رویدادهای آسیب‌زا در این دوره می‌تواند روند طبیعی رشد را مختل کرده و زمینه‌ساز بروز طیف گسترده‌ای از مشکلات و اختلالات روان‌شناختی شود (شیه[1] و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر رشد تحولی، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به هر رویداد تهدیدکننده یا آسیب‌رسانی اطلاق می‌شود که پیش از رسیدن به بلوغ رخ می‌دهد و پیامدهای شدید هیجانی، روانی یا جسمانی برای فرد به همراه دارد (بارت[2] و همکاران، ۲۰۲۶). این دسته از تجارب نامطلوب شامل انواع گوناگونی از بدرفتاری‌ها مانند خشونت جسمی، جنسی و عاطفی، غفلت و بی‌توجهی، از دست دادن والدین، مواجهه با بحران‌ها و نابسامانی‌های خانوادگی یا محیطی، و نیز محرومیت‌های اجتماعی است (گراسر[3] و همکاران، ۲۰۲۵). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که چنین ناملایماتی در سال‌های ابتدایی زندگی می‌توانند آثار عمیق و پایدار بر سلامت روان داشته باشند و در بسیاری از موارد با شکل‌های مختلف پریشانی روان‌شناختی در دوره بزرگسالی همراه شوند (افشارزادا[4] و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این، مطالعات طولی حاکی از آن است که مواجهه با آسیب‌های اولیه ممکن است به تغییرات عصبی–زیستی و اختلال در مسیرهای عصبی–شیمیایی منجر شود؛ تغییراتی که می‌توانند زمینه‌ساز بروز اختلالات بالینی، به‌ویژه افسردگی و افکار خودکشی، باشند (چوی[5] و همکاران، ۲۰۲۵).

مطالعات اخیر همچنین نشان می‌دهد که تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی با افکار خودکشی و احتمال اقدام به خودکشی در بزرگسالی (جویت[6] و همکاران، ۲۰۲۵) و همچنین علائم افسردگی مرتبط است (دانشور و همکاران، ۲۰۲۵). قرار گرفتن در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی اغلب منجر به اختلال در تنظیم عاطفی مزمن و ایجاد مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌شود که می‌تواند به صورت ناامیدی مداوم در بزرگسالی بروز کند (اشون[7] و همکاران، ۲۰۲۵). از نظر روانشناختی، تروما شکل‌گیری دلبستگی‌های ایمن را مختل می‌کند و منجر به احساسات عمیق بیگانگی اجتماعی و احساس سنگینی می‌شود که هر دو از اجزای اصلی میل به خودکشی هستند (وانگ[8] و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، تحقیقات نوروبیولوژیکی نشان می‌دهد که استرس اولیه محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)[9] را تغییر می‌دهد، حساسیت به عوامل استرس‌زای آینده را افزایش می‌دهد و توانایی قشر جلوی مغز را در تنظیم رفتارهای تکانشی مختل می‌کند (برادلی[10] و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به پیامدهای عمیق و ماندگار تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی که می‌توانند زمینه‌ساز انواع مشکلات و پریشانی‌های روان‌شناختی شوند، توجه به مداخلات درمانی متناسب با نیازهای این افراد اهمیت زیادی دارد. در سال‌های اخیر، رویکردهای درمانی گوناگونی با هدف کاهش پیامدهای منفی تروما و کمک به افراد برای سازگاری بهتر با تجربه‌های آسیب‌زا طراحی و به کار گرفته شده‌اند. در این راستا، یکی از مداخلات روان‌شناختی که به‌طور گسترده در درمان افراد دارای تجربه رویدادهای آسیب‌زا مورد استفاده قرار گرفته، درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (EMDR)[11] است (رایت[12] و همکاران، ۲۰۲۴). این رویکرد درمانی با هدف کاهش نشانه‌ها و رنج‌های هیجانی ناشی از تجارب منفی گذشته به افراد کمک می‌کند تا پردازش سالم‌تری از خاطرات آسیب‌زا داشته باشند. در واقع، در درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم به جای تمرکز مستقیم بر جزئیات مشکل، توجه اصلی بر تغییر هیجانات، افکار و رفتارهایی است که در پی تجارب آسیب‌زا شکل گرفته‌اند (تورس-گیمنز[13] و همکاران، ۲۰۲۴).

مرور پیشینه پژوهش نیز نشان می‌دهد که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، بهبود خودپنداره منفی، ارتقای توانایی تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی (دی جونق و هفمکیجر[14]، ۲۰۲۴)،

1 Xie
2 Barrett
3 Grasser
4 Afsharzada
5 Choi
6 Jewett
7 Eshun
8 Wang
9 hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)
10 Berardelli
11 eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)
12 Wright
13 Torres-Giménez
14 De Jongh & Hafkemeijer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

کاهش علائم برانگیختگی بیش از حد (بالکین[1] و همکاران، ۲۰۲۲) و نیز کاهش افسردگی در افرادی که رویدادهای آسیب‌زای ناشی از بلایای طبیعی را تجربه کرده‌اند، اثربخش بوده است (ناسا و دایچز[2]، ۲۰۱۴). همچنین در برخی از مطالعات نشان داده شده است که این مداخله نقش موثری بر کاهش افکار خودکشی داشته است (فریدونی و همکاران، ۲۰۱۹؛ بوربک[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ وینکلر[4] و همکاران، ۲۰۲۱). تمرکز بیش از حد درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر پردازش خاطره و نادیده گرفتن ساختار شخصیت مهم‌ترین محدودیت این درمان در افراد دارای افکار خودکشیِ ناشی از تروما است؛ چراکه ممکن است مشکل صرفاً یک خاطره آسیب‌زا نباشد، بلکه گسستگی[5] و نبودِ یکپارچگی در ایگو باشد (بالکین و همکاران، ۲۰۲۲). در این موارد، درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم به تنهایی ممکن است نتواند زیرساخت‌های روانیِ لازم برای مدیریت افکار خودکشی را فراهم کند، زیرا به ساختار فعلیِ شخصیتِ فرد که در درمان حالات ایگو[6] (EST) مورد توجه است، نمی‌پردازد (باربیری[7]، ۲۰۰۸). این رویکرد که ریشه در نظریه‌های روان‌پویشی دارد، شخصیت انسان را نه به‌عنوان ساختاری کاملاً یکپارچه، بلکه به‌صورت نظامی پیچیده از بخش‌های نسبتاً مجزا و سازمان‌یافته در نظر می‌گیرد. بر اساس این دیدگاه، هر فرد دارای «حالت‌های ایگو» گوناگونی است که به‌صورت زیرسیستم‌های نیمه‌خودمختار عمل می‌کنند و در پاسخ به تجارب زندگی، به‌ویژه رویدادهای دوران کودکی، و به‌منظور سازگاری با شرایط شکل می‌گیرند (بوربک و همکاران، ۲۰۲۴). یافته‌های پژوهشی پیشین نیز نشان می‌دهد که درمان حالات ایگو می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی (هلوپاینن و امرسون[8]، ۲۰۰۲؛ کریستینسن[9] و همکاران، ۲۰۱۳) و نیز کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در افراد آسیب‌دیده از تروما مؤثر باشد (گاینر و تورم[10]، ۱۹۹۳). در مورد درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم، با وجود اثرگذاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه روانی، برانگیختگی و حتی افکار خودکشی، هنوز درباره اثربخشی آن بر شدت افکار خودکشی در افرادی که در کودکی آسیب را تجربه کرده‌اند شواهد کافی وجود ندارد و تعمیم نتایج به این گروه با احتیاط همراه است. از سوی دیگر، درمان حالات ایگو نیز بیشتر بر بازسازمان‌دهی بخش‌های درونی شخصیت و کاهش افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان متمرکز است، اما برای افکار خودکشی پشتوانه پژوهشی مستقیم و کافی در دسترس نیست.

در مجموع، می‌توان گفت که دوران کودکی به‌عنوان یکی از حساس‌ترین مراحل رشد انسان، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری شخصیت و سلامت روان دارد؛ با این حال، این دوره در معرض عوامل خطر متعددی قرار دارد که می‌توانند زمینه‌ساز مشکلات روانی و اجتماعی در سال‌های بعدی زندگی شوند. تجربه رویدادهای آسیب‌زا مانند سوءاستفاده‌های جسمی، عاطفی و جنسی در این دوره می‌تواند پیامدهای منفی عمیقی بر سلامت روان برجای بگذارد و در بزرگسالی به بروز مشکلاتی همچون افکار خودکشی منجر شود. با وجود انجام پژوهش‌های متعدد درباره پیامدهای تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و همچنین مداخلات درمانی مختلف برای کاهش آثار منفی آن‌ها، هنوز برخی از ابعاد این حوزه نیازمند بررسی‌های بیشتر است. بنابراین، با توجه به پیامدهای گسترده روانی ناشی از چنین تجاربی، بررسی و مقایسه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی مختلف می‌تواند در شناسایی مؤثرترین راهبردهای درمانی برای کاهش پریشانی این افراد نقش مهمی ایفا کند. اگرچه شواهد اولیه حاکی از اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم است، اما همچنان درک کاملی از سازوکارهای زیربنایی آن و نحوه تأثیرگذاری آن بر شدت علائم مختلف وجود ندارد. در مقابل، درمان حالات ایگو که بر تقویت و بازسازی ایگو در افراد آسیب‌دیده تمرکز دارد، رویکردی است که تاکنون کمتر در قالب مطالعات مقایسه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به نبود توافق کامل در نتایج پژوهش‌ها و نیز فقدان مقایسه مستقیم میان این دو روش درمانی؛ پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم و درمان حالات ایگو بر شدت افکار خودکشی در افراد دارای تجربه آسیب در دوران کودکی و افکار خودکشی انجام شد.

1 Balkin
2 Natha & Daiches
3 Burback
4 Winkler
5 Dissociation
6 Ego State Therapy (EST)
7 Barbieri
8 Holopainen & Emmerson
9 Christensen
10 Gainer & Torem

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماه بود. جامعه آماری این پژوهش افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی با افکار خودکشی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی در استان گیلان در سال ۱۴۰۴ بود. حداقل حجم نمونه در نرم افزار G*Power با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵، توان ۰/۹۰، اندازه اثر ۰/۲۵، به روش تحلیل واریانس مختلط برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد؛ جهت پیشگیری از ریزش احتمالی هر گروه تا ۱۶ نفر افزایش داده شد. در مجموع ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی ساده در گروه آزمایش اول درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (۱۶ نفر)، گروه آزمایش دوم درمان حالات ایگو (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل دامنه سنی ۱۸ الی ۵۰ سال، کسب حداقل نمره برش ۴۹ در پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ)، کسب حداقل نمره ۱۳ (افکار خودکشی در سطح متوسط) در مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، عدم وجود سابقه اختلالات مغز و شناخت یا آسیب‌های جدی مغزی (ارزیابی بر اساس پرسش‌های خودگزارشی)، عدم سوء مصرف مواد و الکل، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر و تایید فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج در این پژوهش شامل عدم تمایل به حضور در جلسات درمانی، غیبت بیش از ۲ جلسه، شرکت همزمان در جلسات روان‌درمانی و نیاز به بستری و مصرف دارو بود. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج کلی داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت-شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد اختصاص داده شد؛ همچنین پیشنهاده این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با شناسه IR.IAU.TON.REC.1404.150 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله تحت درمان فردی قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت یک ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی[1] (CTQ): این پرسشنامه توسط برنستاین[2] و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی طراحی شده است. پرسشنامهٔ فوق دارای ۲۸ سوال است و تجارب تروماتیک دوران کودکی را در پنج زیرمقیاس سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ می‌باشد که در مجموع، نمره نهایی فرد در دامنه‌ی بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. در این مقیاس کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی تروما‌ی بیشتر و شدیدتر است و نمرات پایین‌تر آسیب تروماتیک کمتری را نشان می‌دهد. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی بر روی نوجوانان پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ بدست آوردند که برای زیرمقیاس‌های سوء استفاده جسمانی برابر با ۰/۸۶، سوءاستفاده عاطفی ۰/۸۷، سوءاستفاده جنسی ۰/۹۵، غفلت جسمانی ۰/۸۹ و غفلت عاطفی ۰/۷۸ ارائه شد. روایی هم‌زمان این مقیاس نیز با مقیاس بدرفتاری با کودک بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز پایایی این مقیاس توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) به روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش شده و روایی همزمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۳۹ بدست آمده است. در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ محاسبه شد.

مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)[3]: مقیاس افکار خودکشی توسط بک[4] و همکاران (۱۹۷۹) برای ارزیابی وجود و شدت نگرش‌ها، رفتارها و برنامه‌های مرتبط با خودکشی در طول هفته‌های گذشته توسعه داده شد. این مقیاس شامل ۱۹ مورد است که هر کدام در یک مقیاس لیکرت ۳ امتیازی از ۰ تا ۲ رتبه‌بندی می‌شوند. نمره کل فرد به عنوان مجموع نمرات موارد، با دامنه احتمالی از ۰ تا ۳۸ محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر نشان دهنده سطح شدیدتر افکار خودکشی است (بک و همکاران، ۱۹۷۹). بک و همکاران (۱۹۷۹) ضریب آلفای

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
2 Bernstein
3 Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)
4 Beck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

کرونباخ را ۰/۸۷، پایایی بازآزمایی با فاصله ۱۵ روز ۰/۵۴ و روایی همگرا با سیاهه افسردگی بک (BDI) را ۰/۵۳ گزارش کردند. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی همگرا با اجرای همزمان سیاهه افسردگی بک (BHI) ۰/۵۸ محاسبه شده است (اصفهانی و همکاران، ۲۰۱۵). در مطالعه حاضر، همسانی درونی مقیاس افکار خودکشی برابر با ۰/۷۲ آلفای کرونباخ به دست آمد.

مداخله درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم: این درمان در هشت هفته به صورت فردی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه) بر اساس پروتکل شاپیرو و فارست[1] (۲۰۱۶) طراحی شده است. خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم

جلسات	محتوا
اول	علاوه بر دریافت تاریخچه کامل و انجام ارزیابی‌های مناسب، درمانگر و بیمار با هم همکاری می‌کنند تا اهداف درمان را شناسایی کنند. این اهداف می‌توانند شامل خاطرات گذشته، محرک‌های فعلی و اهداف آینده باشند.
دوم	در این مرحله، درمانگر در واقع به آموزش بیمار در مورد مکانیزم‌های حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم می‌پردازد و به او کمک می‌کند تا استراتژی‌هایی برای مقابله با استرس ناشی از رویداد آسیب‌زا توسعه دهد.
سوم	این مرحله شامل پرسش‌هایی است که به فعال‌سازی خاطره آسیب‌زای بیمار و آوردن آن به آگاهی بیمار کمک می‌کند.
چهارم	سه مرحله بعدی به‌طور پیاپی انجام می‌شوند تا به پردازش مجدد خاطره کمک کرده و آن را به یک نتیجه‌گیری برسانند. اولین مرحله از این سه مرحله، شناخته‌شده‌ترین مرحله پروتکل حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم است (حرکات چشم/تحریک دوطرفه). از بیمار خواسته می‌شود که به رویداد آسیب‌زا تمرکز کند در حالی که تحریک دوطرفه صورت می‌گیرد. این روند ادامه می‌یابد تا زمانی که نمره مقیاس میزان ناراحتی ذهنی بیمار به صفر برسد.
پنجم	زمانی که کاهش حساسیت کامل شد، درمانگر از تحریک دوطرفه برای کمک به بیمار در ارتباط دادن و تقویت باور مثبت مورد نظر برای رویداد استفاده می‌کند. در این مرحله هدف، کارگزاری شناخت‌واره مثبت به جای شناخت‌واره منفی و افزایش نیرومندی آن است.
ششم	در این مرحله، درمانگر از بیمار می‌خواهد که بدن خود را از سر تا پا واررسی کند تا ببیند آیا هیچ احساس منفی ظاهر می‌شود یا خیر. اگر احساس منفی وجود داشته باشد، درمانگر به ارائه تحریک دوطرفه ادامه می‌دهد تا زمانی که هر گونه احساس منفی باقی‌مانده از بدن پاک شود.
هفتم	این مرحله بر روی پایان دادن به جلسه و کمک به بیمار برای بازگشت به حالت آرامش در لحظه حاضر متمرکز است، و اطمینان حاصل می‌کند که بیمار در وضعیت مناسبی قرار دارد تا دوباره به دنیای بیرون بازگردد.
هشتم	هر جلسه بعدی با زمانی برای بحث میان درمانگر و بیمار آغاز می‌شود تا سطح کنونی ناراحتی بیمار در رابطه با خاطره آسیب‌زا و تغییرات علائم او مورد بررسی قرار گیرد. اگر بیمار کاهش ناراحتی را گزارش دهد، می‌تواند به خاطره هدف بعدی منتقل شود. در غیر این صورت، جلسات اضافی ممکن است لازم باشد. مرحله ارزیابی همچنین نقطه شروع هر جلسه جدید است که به شناسایی اهداف و مقاصد آینده برای درمان کمک می‌کند.

درمان حالات ایگو: پروتکل درمان حالات ایگو بر اساس مدل واتکینز و واتکینز[2] (۱۹۹۳) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه اعمال شد. جدول ۲ شرح مختصری از جلسات را ارائه می‌دهد.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان حالات ایگو

جلسات	محتوا
اول	ارزیابی و آموزش روانی: درمانگر یک اتحاد درمانی قوی ایجاد کرد و مفهوم «حالات ایگو» را معرفی کرد. توضیح داده شد که شخصیت از «بخش‌ها» یا «حالات» مختلفی تشکیل شده است که از طریق تجربیات زندگی ایجاد می‌شوند. این جلسه شامل یک شرح حال بالینی دقیق بود که در آن علائم مراجع نه به عنوان آسیب‌شناسی، بلکه به عنوان اعمال حالات ایگو خاصی که سعی در محافظت از فرد دارند، تعریف می‌شد.

1 Shapiro & Forrest
2 Watkins & Watkins

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

دوم	ایمنی و «اتاق امن درونی»: تمرکز به سمت تثبیت تغییر یافت. درمانگر از القای هیپنوتیزمی برای کمک به مراجع در ایجاد یک «اتاق امن درونی» یا یک «پناهگاه روانی» استفاده کرد. یک حالت ایگو «محافظ» شناسایی و دعوت شد تا از مرزهای این فضای امن محافظت کند. این امر تضمین می‌کرد که جلسات آینده که شامل بخش‌های ناراحت‌کننده‌تر می‌شود، در یک پنجره تحمل قابل مدیریت باقی بمانند.
سوم	نقشه‌برداری از سیستم داخلی: درمانگر با استفاده از تکنیک «گالری درونی»، به مراجع کمک کرد تا حالات ایگو مختلف خود را تجسم کند. مراجع چندین حالت کلیدی، از جمله نام، سن و نقش‌های خود را شناسایی کرد. این «نقشه‌برداری» به مراجع اجازه داد تا از حالت «آمیختگی خود» (غرق شدن در احساسات) به «تمایز خود» (مشاهده احساسات به عنوان متعلق به بخش‌های خاص) حرکت کند.
چهارم	دسترسی به حالت ایگو حامل علائم: درمانگر از «تکنیک پل» (ارتباط یک حس فیزیکی با یک تصویر درونی) برای دسترسی به حالت خاص خود که مسئول پریشانی اولیه مراجع بود، استفاده کرد. با این «حامل علائم» مستقیماً مصاحبه شد. درمانگر گفتگویی بدون قضاوت را تسهیل کرد تا بفهمد این حالت چه زمانی برای اولین بار ظاهر شد و برای بقای مراجع چه چیزی را دنبال می‌کند.
پنجم	ارتباط و مذاکره: این جلسه بر حل اصطکاک درونی متمرکز بود. درمانگر به عنوان واسطه‌ای بین «من اجرایی» (خود روزمره مراجع) و «حامل علائم» عمل کرد. درمانگر به جای تلاش برای از بین بردن بخش «مشکل»، به مراجع کمک کرد تا «نیت مثبت» پشت رفتار ناسازگارانه آن بخش را کشف کند. توافق اولیه‌ای حاصل شد که در ازای «شنیده شدن»، شدت آن بخش کمی کاهش یابد.
ششم	کار با محافظان ناسازگار: درمانگر به حالت‌های «آزارگر درونی‌شده» پرداخت - قسمت‌هایی که انتقادی یا خودویرانگر بودند. این قسمت‌ها به عنوان درون‌افکنی‌ها (نسخه‌های درونی‌شده از چهره‌های اقتدار گذشته) شناسایی شدند. درمانگر از طریق مواجهه همدلانه به مراجع کمک کرد تا متوجه شود که این قسمت‌ها اغلب «محافظان گمراه» با استفاده از روش‌های منسوخ هستند. جلسه با توافق این قسمت‌ها برای امتحان کردن نقش‌های جدید و حمایتی‌تر به پایان رسید.
هفتم	پردازش تروما و تجربه اصلاحی: در فضای هیپنوتیزم، درمانگر یک «تجربه عاطفی اصلاحی» را تسهیل کرد. از «من اجرایی بالغ» و حالت‌های «محافظ قوی» دعوت شد تا «حامل علائم» (که اغلب حالت کودک است) را با راحتی و محافظتی که در زمان اولیه تروما فاقد آن بود، فراهم کنند. این «والدگری درونی» به آزادسازی بار عاطفی مرتبط با رویدادهای گذشته کمک کرد.
هشتم	ترکیب و سرعت بخشیدن به آینده: جلسه نهایی بر «قدرت درونی» و ادغام متمرکز بود. درمانگر یک تمرین «اتاق کنفرانس درونی» انجام داد که در آن از تمام حالت‌های شناسایی‌شده به خاطر مشارکتشان قدردانی شد. برنامه‌ای برای ارتباط درونی مداوم تدوین شد. در نهایت، مراجع چالش‌های پیش رو را «با ریتم آینده» ترسیم کرد و تجسم کرد که چگونه حالت‌های مختلف ایگو او به طور هماهنگ برای مدیریت استرس همکاری می‌کنند و منجر به حس وحدت و آرامش درونی می‌شوند.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۸ نفر در سه گروه ۱۶ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (۳۴/۸۱±۷/۸۵)، حالات ایگو (۳۲/۳۸±۷/۳۱) و گروه کنترل (۳۳/۹±۸۸/۱۲) بر حسب سال همگون بود. از نظر جنسیت در گروه گروه حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم ۱۳ نفر (۸۱/۳۰ درصد) زن و ۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) مرد بودند. در گروه حالات ایگو ۱۲ نفر (۷۵ درصد) زن و ۴ نفر (۲۵ درصد) مرد. در گروه کنترل ۱۱ نفر (۶۸/۸۰ درصد) زن و ۵ نفر (۳۱/۳۰ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات، در گروه حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم ۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) دیپلم، ۹ نفر (۵۶/۳۰ درصد) کارشناسی، ۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۶/۳۰ درصد) دکتری بودند؛ در گروه حالات ایگو ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۵۰ درصد) کارشناسی، ۶ نفر (۱۸/۸۰ درصد) کارشناسی ارشد بودند. همچنین در گروه کنترل ۴ نفر (۲۵ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۵۰ درصد) کارشناسی، ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) دکتری بودند. از نظر وضعیت اشتغال در گروه حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) بیکار و ۱۴ نفر (۸۷/۵۰ درصد) شاغل بودند؛ همچنین در گروه حالات ایگو و کنترل ۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) بیکار و ۱۳ نفر (۸۱/۲۰ درصد) شاغل بودند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در دو گروه متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ) سه گروه حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (۹۷/۳۳±۱۲/۷۵)، حالات ایگو (۹۵/۳۴±۱۰/۸۹) و گروه کنترل (۹۲/۴۵±۱۵/۳۲) همگون بود. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر افکار خودکشی و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر افکار خودکشی

مراحل	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
				آماره	معناداری
پیش آزمون	حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم	۱۸/۱۳	۳/۹۳	۰/۹۴	۰/۳۷
	درمان حالات ایگو	۱۷/۹۴	۴/۳۵	۰/۹۸	۰/۹۴
	کنترل	۱۸/۲۵	۳/۱۱	۰/۹۵	۰/۴۳
پس آزمون	حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم	۱۲/۵۰	۳/۴۴	۰/۹۵	۰/۴۲
	درمان حالات ایگو	۸/۰۶	۳/۸۷	۰/۹۳	۰/۲۳
	کنترل	۱۹/۳۸	۴/۸۳	۰/۹۷	۰/۸۱
پیگیری	حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم	۱۳/۷۵	۳/۴۲	۰/۹۴	۰/۳۱
	درمان حالات ایگو	۸/۷۵	۳/۸۴	۰/۹۱	۰/۱۲
	کنترل	۱۸/۵۶	۳/۱۰	۰/۹۷	۰/۸۵

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر افکار خودکشی داشته است؛ در واقع روند تغییرات این متغیر در دو گروه آزمایش کاهشی بوده است؛ همچنین شدت روند کاهش در گروه مداخله درمان حالات ایگو بیشتر از درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌های هر دو متغیر در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بودند (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر دو متغیر به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر افکار خودکشی معنادار نبود، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به ملاحظات مورد نظر در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۳۹/۶۳، η=۰/۶۴اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی حداقل در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها در ترکیب متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۶۸۱/۷۲	۲	۳۴۰/۸۶	۴۶/۶۳	۰/۰۱	۰/۵۱	۱
زمان*گروه	۵۸۱/۰۳	۴	۱۴۵/۲۶	۱۹/۸۷	۰/۰۱	۰/۴۷	۱
خطا	۶۵۷/۹۲	۹۰	۷/۳۱				
بین گروه‌هی	۱۲۲۹/۷۶	۲	۶۱۴/۸۸	۲۱/۳۴	۰/۰۱	۰/۴۹	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر افکار خودکشی (P=۰/۰۱، F=۲۱/۳۴، η=۰/۴۹) تفاوت معنادار وجود دارد؛ در واقع مداخله نقش موثری بر کاهش افکار خودکشی داشته است. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین گروهی متغیر افکار خودکشی

مراحل سنجش (درون گروهی)		(EMDR) اختلاف میانگین	(EMDR) معناداری	(EST) اختلاف میانگین	(EST) معناداری	گروه کنترل اختلاف میانگین	گروه کنترل معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۵/۶۳	۰/۰۱	۹/۸۷	۰/۰۱	۱/۱۲	۰/۸۵
پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۳۷	۰/۰۱	۹/۱۸	۰/۰۱	۰/۳۱	۱/۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۵	۰/۵۳	۰/۶۸	۱/۰۰	۰/۸۱	۱/۰۰
بین گروهی		EMDR در مقایسه با گروه کنترل		EST در مقایسه با گروه کنترل		EMDR در مقایسه با EST	
		۳/۹۴	۰/۰۱	۷/۱۵	۰/۰۱	۳/۲۱	۰/۰۱

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۵ نشان داد که فقط در گروه‌های مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود داشت (P=۰/۰۱)؛ این در حالی است که در گروه‌های مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت که نشان دهنده کاهش نمرات افکار خودکشی در طول زمان است (P<۰/۰۵). نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه زوجی نشان داد که بین درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (P=۰/۰۱) و درمان حالات ایگو (P=۰/۰۱) با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد که بین دو درمان در کاهش افکار خودکشی تفاوت معناداری یافت شد و درمان حالات ایگو در مقایسه با درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم تاثیر بیشتری در کاهش افکار خودکشی داشته است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم و درمان حالات ایگو بر شدت افکار خودکشی در افراد دارای تجربه آسیب در دوران کودکی و افکار خودکشی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم نقش موثری در کاهش شدت افکار خودکشی در افراد دارای تجربه آسیب در دوران کودکی و افکار خودکشی داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های فریدونی و همکاران (۲۰۱۹)، بوربک و همکاران (۲۰۲۴) و وینکلر و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین می‌توان بیان کرد که اثربخشی این درمان ریشه در مبانی نظری مختلفی دارد که مهم‌ترین آن‌ها نظریه پردازش اطلاعات تطبیقی است. این نظریه بیان می‌کند که آسیب‌های روانی زمانی رخ می‌دهند که تجربیات دردناک به درستی در شبکه‌های حافظه پردازش و ذخیره نشوند. این خاطرات پردازش‌نشده، با تمام بار هیجانی، شناختی و حسی خود، در ذهن باقی می‌مانند و افکار خودکشی در این افراد، اغلب یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد برای فرار از رنج ناشی از این خاطرات رخ می‌دهد. درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم از طریق تحریک دوطرفه (مانند حرکات چشم)، کمک می‌کند تا به این خاطرات آسیب‌زا دسترسی پیدا کرده و آن‌ها را مجدداً پردازش کند. این فرآیند باعث می‌شود که خاطره از بار هیجانی منفی خود تخلیه شده و در یک شبکه حافظه تطبیقی و سالم‌تر ادغام شود؛ در نتیجه، با کاهش شدت این خاطرات دردناک، نیاز به گریز از آن‌ها و در نتیجه، افکار خودکشی نیز کمرنگ‌تر می‌شوند (رایت و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر نظریه پردازش اطلاعات تطبیقی تبیین‌های علمی دیگری نیز برای این اثربخشی وجود دارد. از منظر عصب‌شناختی، تحریک دوطرفه در درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم در تثبیت حافظه و پردازش هیجانات نقش دارد و می‌تواند به کاهش فعالیت در آمیگدال و افزایش ارتباط آن با قشر پیش‌پیشانی منجر شود و واکنش‌های هیجانی به خاطرات تروما را تعدیل کند (تورس-گیمنز و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم با فراهم آوردن محیطی امن برای مواجهه کنترل‌شده با خاطرات دردناک، به کاهش اجتناب و افزایش خودکارآمدی فرد کمک می‌کند. موفقیت در این فرآیند، احساس کنترل فرد بر سلامت روان خود را افزایش می‌دهد و این باور را تقویت می‌کند که می‌تواند بدون توسل به افکار خودکشی، با درد و رنج خود مقابله نماید (بالکین و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دوم نشان داد که درمان حالات ایگو نقش موثری در کاهش شدت افکار خودکشی در افراد دارای تجربه آسیب در دوران کودکی و افکار خودکشی داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های بوربک و همکاران (۲۰۲۴)، هلوپاینن و امرسون (۲۰۰۲) و کریستینسن و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین می‌توان بیان کرد که درمان حالات ایگو با هدف ایجاد هماهنگی میان ایگوها، تقویت ایگوهای سالم و پردازش خاطرات آسیب‌زا، توانایی فرد برای مقابله با افکار خودکشی و کنترل هیجانات منفی را به شکل قابل توجهی افزایش می‌دهد. در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

مرحله نخست درمان، تمرکز بر ایجاد ایمنی، تثبیت روانی و آموزش تکنیک‌های خودهیپنوتیزم است. ایجاد امنیت روانی پیش‌نیاز هر گونه مداخله درمانی است، زیرا فرد بدون احساس ایمنی قادر به مواجهه با تجربه‌های مرتبط با تروما نیست. تثبیت هیجانی و آموزش خودهیپنوتیزمی، ظرفیت فرد را برای مدیریت اضطراب و تنش‌های ناشی از خاطرات آسیب‌زا افزایش می‌دهد و به عنوان پایه‌ای محکم برای مراحل بعدی عمل می‌کند. این مرحله نقش اساسی در کاهش تمایل فوری به خودآسیبی و کاهش افکار خودکشی دارد، زیرا فرد یاد می‌گیرد هیجانات خود را کنترل کرده و آرامش روانی نسبی کسب کند. در مرحله دوم، ایگوهای فعال‌ساز شناسایی و مورد مصاحبه قرار می‌گیرند. درمانگر با هر ایگو به طور جداگانه تعامل می‌کند، احساسات، خاطرات و پاسخ‌های هیجانی آن‌ها را شناسایی می‌کند و زمینه برای پردازش هیجانات سرکوب‌شده فراهم می‌شود. این تعامل باعث افزایش خودآگاهی و شناخت ساختار روانی فرد می‌شود و به فرد کمک می‌کند منابع درونی خود را برای مقابله با افکار خودکشی شناسایی و فعال کند. در این مرحله، بسیاری از ایگوهای سالم نقش واسطه و هماهنگ‌کننده میان ایگوهای آسیب‌دیده و محیط را ایفا می‌کنند و تدریجاً کنترل بیشتری بر افکار منفی پیدا می‌کنند. مرحله سوم به توانبخشی، تحول و حل تجارب انفکاکی و پاسخ‌های تروما اختصاص دارد. در این مرحله، ایگوهای آسیب‌دیده با حمایت ایگوهای سالم و هدایت درمانگر، خاطرات آسیب‌زا را بازسازی و پردازش می‌کنند. این فرآیند باعث کاهش تدریجی بار هیجانی و روانی خاطرات آسیب‌زا می‌شود و امکان ایجاد تغییرات بنیادین در الگوهای فکری و هیجانی فرد را فراهم می‌کند (واتکینز و واتکینز، ۱۹۹۳). تجربه‌های تروما به جای اینکه محرک افکار خودکشی باشند، به خاطرات پردازش‌شده تبدیل می‌شوند که فرد قادر به مدیریت و سازگاری با آن‌ها است. در مرحله چهارم، یکپارچه‌سازی و بازگرداندن جریان روانی انجام می‌شود. هدف این مرحله هماهنگ‌سازی ایگوهای مختلف و ایجاد جریان روانی یکپارچه است. ایگوهای سالم و آسیب‌دیده به شکلی متعادل و همگرا عمل می‌کنند و ظرفیت فرد برای پاسخ‌دهی منطقی و انعطاف‌پذیر به موقعیت‌های چالش‌برانگیز افزایش می‌یابد. این یکپارچگی روانی نقش کلیدی در کاهش افکار خودکشی دارد، زیرا تضادهای درونی که منجر به احساس درماندگی و خودویرانگری می‌شد، به حداقل می‌رسند و فرد تجربه انسجام روانی و کنترل بر خود را پیدا می‌کند. مرحله پنجم بر سازگاری با زندگی روزمره و رشد پس از تروما تمرکز دارد. فرد مهارت‌های مقابله‌ای جدید را در زندگی واقعی به کار می‌گیرد و با تجربه‌های هیجانی گذشته به شکل سالم برخورد می‌کند. این مرحله تضمین می‌کند که تغییرات ایجاد شده در ساختار روانی پایدار و قابل تعمیم باشند و فرد توانایی بیشتری در مدیریت افکار خودکشی و فشارهای روانی روزمره پیدا کند. رشد پس از تروما شامل تقویت اعتماد به نفس، افزایش تاب‌آوری و توانمندی در ایجاد روابط سالم است که همگی با کاهش مستمر افکار خودکشی مرتبط هستند (گاینر و تورم، ۱۹۹۳).

یافته سوم نشان داد که درمان حالات ایگو در مقایسه یا درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم تاثیر بیشتری در کاهش شدت افکار خودکشی داشته است؛ در مرور ادبیات پژوهشی؛ پیشینه‌ای یافت نشد که این دو مداخله را به منظور کاهش افکار خودکشی مورد آزمون قرار داده باشد؛ بر این اساس مقایسه این یافته با پیشینه پژوهشی مقدور نیست. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که این تفاوت می‌تواند ناشی از ماهیت ساختاری و جامع درمان حالات ایگو باشد که نه تنها به پردازش خاطرات آسیب‌زا می‌پردازد، بلکه با شناسایی حالات ایگو آسیب‌دیده، بازسازی تعامل میان حالات ایگو و تقویت حالت ایگو سالم، تغییرات بنیادین در ساختار روانی فرد ایجاد می‌کند (گاینر و تورم، ۱۹۹۳). در نتیجه، توانایی فرد برای مدیریت افکار خودکشی و کنترل هیجانات منفی افزایش می‌یابد و اثرات درمانی پایدارتر و عمیق‌تر از درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم حاصل می‌شود (واتکینز و واتکینز، ۱۹۹۳). در چارچوب مراحل درمان حالات ایگو، این اثربخشی را می‌توان به صورت مرحله‌ای تحلیل کرد. در مرحله نخست، ایجاد ایمنی، تثبیت روانی و آموزش خودهیپنوتیزمی موجب کاهش اضطراب اولیه و فراهم شدن ظرفیت مقابله با خاطرات آسیب‌زا و افکار خودکشی می‌شود. مرحله دوم با شناسایی ایگوهای فعال و مصاحبه با آن‌ها، شناخت و تعامل میان ایگوهای آسیب‌دیده و سالم را تقویت می‌کند و به کاهش تدریجی بار هیجانی و افکار خودکشی منجر می‌شود. مرحله سوم به بازسازی خاطرات آسیب‌زا و حل تجارب انفکاکی اختصاص دارد، جایی که ایگوهای آسیب‌دیده با حمایت ایگوهای سالم یاد می‌گیرند تجربه‌های دردناک را پردازش و بار روانی آن‌ها کاهش یابد. در مرحله چهارم، یکپارچه‌سازی و بازگرداندن جریان روانی انجام می‌شود و هماهنگی میان ایگوهای مختلف موجب انسجام روانی فرد می‌گردد؛ این انسجام روانی نقش کلیدی در کاهش افکار خودکشی و تثبیت تغییرات ایجاد شده دارد. نهایتاً در مرحله پنجم، فرد با زندگی روزمره سازگار شده و مهارت‌های مقابله‌ای را در محیط واقعی به کار می‌گیرد، که این امر تضمین می‌کند تغییرات حاصل در ساختار روانی پایدار و قابل تعمیم باشند (کریستینسن و همکاران، ۲۰۱۳). در مقایسه با درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم که عمدتاً بر پردازش خاطرات آسیب‌زا از طریق تحریکات دوطرفه عصبی تمرکز دارد و بار هیجانی تروما را کاهش می‌دهد (رایت و همکاران، ۲۰۲۴)، درمان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

حالات ایگو با پوشش همه‌جانبه ساختار روانی، هماهنگی میان ایگوها و تقویت ظرفیت مقابله‌ای فرد، اثر عمیق‌تر و پایدارتری بر افکار خودکشی ایجاد می‌کند (واتکینز و واتکینز، ۱۹۹۳).

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان حالات ایگو، در مقایسه با درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم، اثربخشی بیشتری در کاهش شدت افکار خودکشی در افراد دارای تجربه آسیب در دوران کودکی و افکار خودکشی دارد. این امر نشان می‌دهد که پرداختن مستقیم به بخش‌های درونی و تعارض‌های ایگویی می‌تواند نقش مؤثرتری در تعدیل پیامدهای روان‌شناختی آسیب‌های اولیه و کاهش افکار خودکشی ایفا کند.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت غیرتصادفی نمونه‌گیری (هدفمند) اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه را با احتیاط مواجه می‌کند؛ همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های یادآوری رویدادهای آسیب‌زا قرار گیرد و کوتاه بودن دوره پیگیری یک ماه، امکان بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت را محدود می‌سازد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، اجرای این پژوهش به روش کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده در سایر مناطق جغرافیایی جهت افزایش روایی بیرونی استفاده شود. همچنین با اجرای دوره‌های پیگیری شش ماهه و یک ساله، ماندگاری دستاوردهای درمانی بر افکار خودکشی با دقت بیشتری ارزیابی گردد. همچنبن نبود پیشینه پژوهشی جهت مقایسه درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم و درمان حالات ایگو بر شدت افکار خودکشی، تعمیم یافته‌های این پژوهش با محدودیت همراه است، پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها در مطالعات آینده مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به اثربخشی بیشتر درمان حالات ایگو در کاهش افکار خودکشی در افراد دارای تجربه آسیب در دوران کودکی، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و درمانی این رویکرد را به‌عنوان یکی از مداخلات اصلی در برنامه‌های درمانی خود برای این گروه در نظر بگیرند و زمینه آموزش و توانمندسازی درمانگران در حوزه درمان حالات ایگو را فراهم کنند تا مداخلات تخصصی‌تر و مؤثرتری ارائه شود.

منابع

ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، و ثقه‌السلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵. https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html

Afsharzada, M. S., Saadat, S., Azizi, B. A., & Haqyar, S. (2025). Dari version of International Trauma Questionnaire (ITQ): In a sample of Afghan students. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *9*(2), 100528. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468749925000304

Balkin, R. S., Lenz, A. S., Russo, G. M., Powell, B. W., & Gregory, H. M. (2022). Effectiveness of EMDR for decreasing symptoms of over-arousal: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development*, *100*(2), 115-122. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcad.12418

Barbieri, J. L. (2008). The URGES approach: Urge reduction by growing ego strength (URGES) for trauma/addiction treatment using alternate bilateral stimulation, hypnotherapy, ego state therapy and energy psychology. *Sexual addiction & compulsivity*, *15*(2), 116-138. https://doi.org/10.1080/10720160802035584

Barrett, E. L., Grummitt, L., Jones, S., Rowlinson, K., Vasilopoulos, F., Teesson, M., ... & Sunderland, M. (2026). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and associations with mental disorders, suicide and physical health in adulthood: An Australian nationally representative cross-sectional study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *60*(1), 80-90. https://doi.org/10.1177/00048674251381004

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, *47*(2), 343. https://psycnet.apa.org/journals/ccp/47/2/343/

Berardelli, I., Serafini, G., Cortese, N., Fiaschè, F., O'Connor, R. C., & Pompili, M. (2020). The involvement of hypothalamus–pituitary–adrenal (HPA) axis in suicide risk. *Brain sciences*, *10*(9), 653. https://doi.org/10.3390/brainsci10090653

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0

Burback, L., Yap, S., Purdon, S. E., Abba-Aji, A., O'Shea, K., Brémault-Phillips, S., ... & Winkler, O. (2024). Randomized controlled trial investigating web-based, therapist delivered eye movement desensitization and reprocessing for adults with suicidal ideation. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1361086. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1361086

Choi, H., Lee, H. S., & Roberts, N. P. (2025). Validation of the International Trauma Interview (ITI) among treatment-seeking people with adverse childhood experiences in South Korea. *European Journal of Psychotraumatology*, *16*(1), 2447182. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2447182

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

Christensen, C., Barabasz, A., & Barabasz, M. (2013). Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: Trauma resolution, depression, and anxiety. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *61*(1), 20-37. https://doi.org/10.1080/00207144.2013.729386

Daneshvar, S., Bytamar, J. M., Zeraatpisheh, Z., Zand, S., Sahraian, A., & Jobson, L. (2025). Adverse childhood experiences and suicidal ideation in patients with major depressive disorder: investigating the mediating role of emotional reactivity and probabilistic and reinforcement learning. *BMC psychology*, *13*(1), 11. https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-024-02339-8

De Jongh, A., & Hafkemeijer, L. C. S. (2024). Trauma-focused treatment of a client with Complex PTSD and comorbid pathology using EMDR therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *80*(4), 824-835. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.23521

Esfahani, M., Hashemi, Y., & Alavi, K. (2015). Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, *29*, 268. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26793659/

Eshun, E., Anane, C., Peasah, B. S. O., Oduro, T., Lawer, T. D., Takyi, S., & Benjamin, A. G. (2025). Childhood Traumatic Experiences and Suicidal Ideations among University Students. *Asian Journal of Education and Social Studies*, *51*(8), 1533-1547. https://hal.science/hal-05215595/

Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., Jahanfar, A., & Dehghan, A. (2019). The Effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on the severity of suicidal thoughts in patients with major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *32*, 2459-2466. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/NDT.S210757

Gainer, M. J., & Torem, M. S. (1993). Ego-state therapy for self-injurious behavior. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *35*(4), 257-266. https://doi.org/10.1080/00029157.1993.10403017

Grasser, L. R., Yang, R., Brotman, M. A., & Wiggins, J. L. (2025). The contribution of childhood trauma to irritability symptoms. *JCPP advances*, *5*(1), e12260. https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcv2.12260

Holopainen, D., & Emmerson, G. J. (2002). Ego state therapy and the treatment of depression. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, *23*(2), 89. https://psycnet.apa.org/record/2003-07105-004

Jewett, P. I., Taliaferro, L. A., Borowsky, I. W., Mathiason, M. A., & Areba, E. M. (2025). Structural adverse childhood experiences associated with suicidal ideation, suicide attempts, and repetitive nonsuicidal self-injury among racially and ethnically minoritized youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *55*(1), e13084. https://doi.org/10.1111/sltb.13084

Natha, F., & Daiches, A. (2014). The effectiveness of EMDR in reducing psychological distress in survivors of natural disasters: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, *8*(3), 157-170. https://spj.science.org/doi/abs/10.1891/1933-3196.8.3.157

Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2016). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. Hachette UK.

Torres-Giménez, A., Garcia-Gibert, C., Gelabert, E., Mallorquí, A., Segu, X., Roca-Lecumberri, A., ... & Sureda, B. (2024). Efficacy of EMDR for early intervention after a traumatic event: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *174*, 73-83. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395624002140

Wang, Z., Lu, K., Hu, Y., Gao, X., Zhang, Z., Liu, S., & Sun, J. (2025). Intersecting traumas and evolving suicide risk: trajectories in adolescents experiencing bullying and childhood trauma. *Current Psychology*, *44*(19), 16048-16061. https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-025-08313-w

Watkins, H. H., & Watkins, J. G. (1993). Chapter 14. Ego-State Therapy in the Treatment of Dissociative Disorders. In *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 277-299). https://doi.org/10.1176/appi.books.9798894550183.lg17

Winkler, O., Dhaliwal, R., Greenshaw, A., O'Shea, K., Abba-Aji, A., Chima, C., ... & Burback, L. (2021). Web-based eye movement desensitization and reprocessing for adults with suicidal ideation: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, *10*(11), e30711. https://www.researchprotocols.org/2021/11/e30711

Wright, S. L., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Bisson, J., Papola, D., Witteveen, A., ... & Sijbrandij, M. (2024). EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological medicine*, *54*(8), 1580-1588. https://doi.org/10.1017/S0033291723003446

Xie, Z., Li, M., Sun, H., Zhou, C., Fu, C., Wang, Q., ... & Zhu, D. (2025). Childhood, adulthood, and cumulative traumatic events experienced from childhood to adulthood and dementia risk: a population-based cohort study. *Journal of Public Health*, *33*(8), 1625-1635. https://doi.org/10.1007/s10389-023-02140-8

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]