

Attachment-Based Family Therapy for Transgender Adolescent with Suicidal Thoughts: A Case Study

Zabihollah Abbaspour¹, Golshan Vassel², Fatemeh Jahanbin³,
Mina Ahmadi Beni⁴, Narges Charkhab⁵

1. (Corresponding Author), Ph.D in counseling, Associate Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. z.abbaspour@scu.ac.ir
2. Ph.D in counseling, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. g.vassel96@gmail.com
3. M.A in family counseling, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. fatemehjahanbin8@gmail.com
4. M.A in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran. ahmadimina120@gmail.com
5. M.A in counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran. kianinarges1360@gmail.com

ABSTRACT

Received: 10/10/2022 - Accepted: 28/08/2023

Aim: The aim of present study was the application of the Attachment-Based Family Therapy (ABFT) for a transgender adolescent with suicidal thoughts. **Methods:** Multiple baseline experimental single case study was used as the method of the present study. The population sample is a transgender adolescent (female to male) and his/her parent chosen according to the purposive sampling method. The adolescent completed The Suicidal Ideation Scale (SIS) over the course of the sessions. ABFT was implemented in twenty-seven 90 minute-sessions. Furthermore, visual inspection is applied to analyze and interpret data. **Results:** The results of this qualitative and step-by-step investigation of the attachment-based family therapy showed that this therapy was effective in significantly reducing the suicidal thoughts in the transgender adolescent. **Conclusion:** Effective intervention with transgender adolescents and their families can foster a secure attachment relationship. Family therapists may employ attachment-based family therapy to address suicidal tendencies among transgender individuals. This approach also supports families in navigating the transformative journey of their transgender child.

Keywords: Attachment-based family therapy, Transgender adolescent, Suicidal thoughts, Parent



خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی با نوجوان تراجنسیتی خودکشی‌گرا (یک مطالعه موردی)

ذبیح اله عباس‌پور^۱، گلشن واصل^۲، فاطمه جهان‌بین^۳، مینا احمدی‌بنی^۴، نرگس چرخاب^۵

۱. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره، دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
z.abbaspour@scu.ac.ir
۲. دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
g.vassel96@gmail.com
۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
fatemehjahanbin8@gmail.com
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.
ahmadimina120@gmail.com
۵. کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.
kianinarges1360@gmail.com

(صفحات ۵۶-۸۵)

چکیده

هدف: هدف اصلی این پژوهش کاربرد خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی برای نوجوان تراجنسیتی با افکار خودکشی‌گرایی بود.

روش: در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. نمونه پژوهش یک نوجوان تراجنسیتی (زن به مرد) و والدینش بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه طی مراحل درمان توسط نوجوان تکمیل شد و خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی در ۲۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. همچنین برای تحلیل و تفسیر داده‌ها از ترسیم دیداری استفاده شد.

نتایج: نتایج مرحله به مرحله خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی نشان می‌دهد این درمان در کاهش معنادار افکار خودکشی‌گرایی نوجوان تراجنسیتی مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: کار بالینی موفق با نوجوانان تراجنسیتی و خانواده‌های آنان رابطه‌ای مبتنی بر دل‌بستگی ایمن ایجاد می‌کند. خانواده‌درمانگران می‌توانند از خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی برای مداخله در خودکشی‌گرایی افراد تراجنسیتی استفاده کنند. این درمان در مواجهه مؤثر خانواده با روند تغییرات فرزند تراجنسیتی، مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی، نوجوان تراجنسیتی، افکار خودکشی‌گرایی، والدین.

مقدمه

هویت جنسیتی^۱ بخش مهمی از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد و بازتاب تصویری است که هر فرد به عنوان یک زن یا مرد از خود دارد. فرد می‌آموزد با توجه به اینکه مرد یا زن آفریده شده است باید به شیوه خاصی بیندیشد و رفتار و احساس خاصی داشته باشد (فرهمند و دانافر، ۱۳۹۷). جامعه از همه افراد انتظار دارد که مطابق با جنسیت خود رفتار کنند؛ هر چند بین ظاهر و هویت جنسیتی بیشتر افراد با جنس متولد شده و نقش‌های جنسی آنها همخوانی وجود دارد، اما همیشه به این صورت نیست (السون و گولگاز^۲، ۲۰۱۸). هویت جنسیتی نامتعارف^۳، اصطلاحی برای اشاره به افرادی است که هویت، نقش یا جلوه جنسیتی متفاوتی با هنجارهای مرتبط با جنسیت خود را که در بدو تولد برای وی تعیین شده است، دارند (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۴، ۲۰۱۵).

اصطلاح ملال جنسیتی^۵ در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ (DSM-5) به نوعی ناراحتی اطلاق می‌شود که ممکن است با ناهمخوانی میان جنسیت تجربه شده یا ابراز شده فرد^۷ و جنسیت تخصیص یافته^۸ او همراه باشد. در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۹ (DSM-3) ترنسکشوالیسم^{۱۰} به عنوان یک بیماری روانی (واحدی و همکاران، ۱۳۹۵) و در چهارمین راهنمای

1. gender identity
2. Olson, & Gulgoz
3. Gender Non-Conforming
4. American Psychological Association
5. gender dysphoria
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-5)
7. experienced/expressed gender
8. assigned gender
9. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-3)
10. transsexualism

تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال هویت جنسیتی^۱ شناخته می‌شد (سلطانی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). تراجنسیت و جنسیت نامتعارف^۲ اصطلاح گسترده‌ای برای اشاره به افرادی است که هویت جنسیتی^۳ آنها با جنس تعیین شده زمان تولد^۴ آنها متفاوت است (دوزیر^۵، ۲۰۰۵).

تعداد کودکان و نوجوانان تراجنسیتی در جهان رو به افزایش است (هیلی و آلن^۶، ۲۰۲۰). تخمین زده شده که بین ۴٪ تا ۱۳٪ درصد هویت جنسیتی افراد جامعه تراجنسیتی یا با جنسیت نامتعارف باشند (وینتر، دایمند، گرین^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعات نشان می‌دهد تراجنسی بودن ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه باعث افزایش مستمر احساس آسیب‌پذیری می‌شود. تعارض جنسی، دوگانگی در نقش، تبعیض، عدم تأیید والدین و جامعه، احساسات آزاردهنده رنج و عذاب، احساس ترس، ناامیدی، خشونت و نزاع در تعاملات و نفرت و بی‌زاری به جسم خود از تجربه‌های ادراکی افراد تراجنسی است. این تجارب ادراکی به صورت طرد اجتماعی، محرومیت، تبعیض موقعیتی، بی‌حیثیتی، بدنامی و برچسب اجتماعی شکل می‌گیرند (فرهمند و دانافر، ۱۳۹۷). افکار خودکشی^۸ (وان برگن و لاو^۹، ۲۰۲۲) و افسردگی (ریان، هوبنر، دیاز^۱ و همکاران، ۲۰۰۹) در نوجوانان تراجنسیتی شایع است.

والدین به خصوص پدران در پذیرش فرزند تراجنسیتی که رفتارشان با هنجارهای

1. gender identity disorder
2. Transgender and gender-nonconforming (TGNC)
3. gender identity
4. sex assigned to them at birth
5. Dozier
6. Healy & Allen
7. Winter, Diamond, Green
8. suicidal thoughts
9. VanBergen, & Love
10. Ryan, Huebner, Diaz,

اجتماعی مطابقت ندارد، چالش‌های زیادی دارند (ملپاس^۱، ۲۰۱۱). وقتی والدین متوجه می‌شوند که فرزندشان تراجنسیتی است واکنش‌های پیچیده‌ای مثل ناراحتی، گنجی، انکار و عدم پذیرش را نشان می‌دهند. والدین حتی پس از پذیرش فرزند، احساس فقدان، اندوه، ناامیدی و اضطراب بابت آینده فرزندشان و این که آیا تراجنسیتی خواهد ماند یا تغییر خواهد کرد، را تجربه می‌کنند (گریگور، هینگلی - جونز و دیویدسون^۲، ۲۰۱۵).

با توجه به این که خودکشی دومین عامل مرگ و میر در افراد ۱۰ تا ۳۴ سال است (اسدی و همکاران، ۱۴۰۱؛ مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری^۳، ۲۰۱۶؛ به نقل از تومی، سیورستن و شرامکو^۴، ۲۰۱۸)، میزان خودکشی‌گرایی در نوجوانان تراجنسیتی نسبت به سایر نوجوانان بیشتر است (آندرسون و فورد^۵، ۲۰۲۲). اقدام به خودکشی در افراد تراجنسیتی ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (گلدن و اورانسکی^۶، ۲۰۱۹؛ تومی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویروپاکشا، مورادیلار و راماکریشنا^۷، ۲۰۱۶) و احتمال خودکشی در این افراد ۵ تا ۸ برابر بیشتر از افراد غیرتراجنسیتی است (راسن^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). در این آمار، اقدام به خودکشی در دخترانی که هویت واقعی خود را پسر می‌دانستند بیشتر بوده است (تومی و همکاران، ۲۰۱۸). خودکشی، رفتاری پیچیده است که می‌تواند علل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و بافتی داشته باشد. اقدام به خودکشی در افراد تراجنسیتی با عواملی مانند تبعیض؛ طبقه‌بندی مبتنی بر جنسیت؛ خشونت؛ طرد از طرف خانواده، دوستان و اجتماع؛ بدرفتاری به وسیله شریک عاطفی، اعضای خانواده،

1. Malpas,
2. Gregor, Hingley-Jones, & Davidson,
3. Centers for Disease Control and Prevention
4. Toomey, Syvertsen, & Shramko,
5. Anderson, & Ford
6. Golden, & Oransky.
7. Virupaksha, Muralidhar, & Ramakrishna
8. Russon,

پلیس و مردم؛ و تبعیض در مراکز درمانی مرتبط بوده است (ویروپاکشا و همکاران، ۲۰۱۶). شکست عاطفی و طرد شدن از طرف معشوقه (۶۴/۳ درصد)، بحث شدید با اعضای خانواده (۱۴/۳ درصد)، عدم پذیرش خانواده نسبت به جنسیت اظهار شده (۹/۵ درصد)، مشکلات مالی (۹/۵ درصد) و ابتلا به بیماری مقاربتی (۲/۴ درصد) عامل نهایی و راه‌انداز اقدام به خودکشی بوده است (بودانیا^۱، ۲۰۱۲).

یافته‌هایی نشان می‌دهند که هویت جنسی عمدتاً یک موضوع زیستی است (۶۲ درصد) و نه انتخابی (کولیدج، تد و یانگ^۲، ۲۰۰۲). لذا روند پژوهش‌های انجام شده در مورد نوجوانان تراجنسیتی نشان می‌دهد جهت‌گیری درمان‌ها از آسیب‌شناختی^۳ این وضعیت به حمایت و تأیید^۴ تغییر پیدا کرده است (ملپاس و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین به دلیل عدم موفقیت درمان‌های بالینی در تغییر هویت جنسی افراد تراجنسیتی، رویکردهای درمانی به سمت دیدگاه تأییدی^۵ گرایش پیدا کرده‌اند و برای مشارکت والدین در این مسیر، اهمیت زیادی در نظر می‌گیرند (ملپاس، ۲۰۱۱). راسن و همکاران (۲۰۲۱) به محدود مداخلات طراحی شده برای این افراد اشاره می‌کنند که عبارت‌اند از: مداخله پیشگیرانه "تقدم نقاط قوت"^۶ (کریگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۴)، گفتگوی ایمن و توانبخش تأییدی حمایتی^۸ (کریگ و همکاران، ۲۰۱۲)، درمان شناختی رفتاری آسیب‌محور^۹ (کوهن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸)، مهارت‌های مؤثر برای توانبخشی مردان مؤثر^{۱۱}

1. Budania,
2. Coolidge, Thede, & Young,
3. pathologizing
4. affirming
5. affirmative
6. Strengths First
7. Craig
8. Affirmative Supportive Safe and Empowering Talk (ASSET)
9. Trauma-Focused CBT (TF-CBT)
10. Cohen
11. Effective Skills to Empower Effective Men (ESTEEM)

(پاچانکیس^۱ و همکاران، ۲۰۱۵)، مداخله آنلاین رنگین‌کمان اسپارکس^۲ (لوکاسین^۳ و همکاران، ۲۰۱۵)، درمان شناختی رفتاری تأییدی گروهی افرم^۴ (آوستین^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). با این وجود متخصصان در مورد بهترین رویکرد درمانی برای کار با افراد تراجنسیتی توافق نظر ندارند (چن، هیدالگو، لیبولویتز^۶ و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات زیادی نشان می‌دهند که قوی‌ترین پیش‌بین اقدام به خودکشی در فرزندان تراجنسیتی، فقدان حمایت خانوادگی است (برای مثال، گراسمن و داگلی^۷، ۲۰۰۷؛ ریان و همکاران، ۲۰۰۹؛ ریان و همکاران، ۲۰۱۰؛ توربان^۸ و همکاران، ۲۰۲۰؛ به نقل از ملیپاس و همکاران، ۲۰۲۲) و ارائه خدمات بالینی خانواده محور، احتمال خودکشی را در این افراد ۸۲ درصد کاهش می‌دهد (باورو شیم، بیان^۹ و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از درمان‌های طراحی شده مؤثر، خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی برای نوجوانان اقلیت جنسی و جنسیتی^{۱۰} است (استریفلر، زیسنواین و دایمند^{۱۱}، ۲۰۲۲). این درمان بر اساس درمان هیجان‌مدار^{۱۲} (گرینبرگ^{۱۳}، ۲۰۱۱)، خانواده‌درمانی چندبعدی^{۱۴} (لیدل^{۱۵}، ۲۰۰۹) و خانواده‌درمانی ساختاری^{۱۶} (مینوچین^{۱۷}، ۱۹۷۴) ساخته شده است

1. Pachankis
2. Rainbow SPARX
3. Lucassenn
4. AFFIRM
5. Austin,
6. Chen, Hidalgo, Leibowitz
7. Grossman, & D'Augelli,
8. Turban
9. Bauer, Scheim, Pyne,
10. attachment-based family therapy for sexual and gender minority (ABFT-SGM)
11. Striffler, Zisenwine, & Diamond,
12. emotion-focused therapy
13. Greenberg,
14. multidimensional family therapy
15. Liddle,
16. structural family therapy
17. Minuchin,

دایمند، بروچوویتز - زمیر، نیر - گوتلیب^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). مکانیزم اولیه تغییر در خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی برای نوجوانان تراجنسیتی، موضوعات اصلاحی دل‌بستگی است. درمانگر به والدین کمک می‌کند تا بتوانند به فرزند خود دسترسی پیدا کنند و او را تشویق می‌کنند که تجارب طردشدگی را به خاطر هویت جنسیتی‌اش به والدین بگوید (استریفلر و همکاران، ۲۰۲۲).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی درمان‌های خانواده محور بر فرزندان تراجنسیتی محدود است (ارنساft، گیاماتی، استورک^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). علی‌رغم این‌که پژوهش و مداخله در زمینه افراد تراجنسیتی ضرورت زیادی دارد (کاتز - وایز، روزاریو و تیساپیس^۳، ۲۰۱۶) اما این مسیر چالش‌های بسیاری دارد (یوانیا، ۲۰۱۲). از طرف دیگر، درمانگران باید بر اساس ملاحظات فرهنگی آموزش‌های لازم را ببینند تا بتوانند به این افراد کمک کنند (راسن و همکاران، ۲۰۲۱) و از یافته‌های پژوهشی مرتبط با خودکشی در این افراد اطلاع داشته باشند (هیلی و آلن، ۲۰۲۰). اما حقیقت این است که نگاه درمانگران و روان‌شناسان نیز نسبت به وضعیت جنسیتی این افراد در جامعه با تبعیض و انگ اجتماعی همراه است (کولایی^۴، ۲۰۱۱). تقریباً ۳۳ درصد متخصصان هیچ‌گونه آمادگی برای مواجهه با یک مراجع تراجنسیتی را ندارند (اریک، بوتی - کوین، دونلی^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). علی‌رغم آمار بالای افسردگی و خودکشی‌گرایی، این افراد حتی به حداقل خدمات روان‌شناختی دسترسی ندارند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی با یک نوجوان تراجنسیتی خودکشی‌گرا انجام شد.

1. Diamond, Boruchovitz- Zamir, Nir- Gottlieb,
2. Ehrensaft, Giammattei, Storck,
3. Katz-Wise, Rosario, & Tsappis,
4. Koolaee,
5. Erich, Boutte-Queen, Donnelly

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی^۱ (SCED) از نوع طرح خط پایه چندگانه^۲ استفاده شد. این روش به مطالعه عمیق یک مورد یا یک پدیده خاص می‌پردازد و هدف آن، مشاهده تفصیلی ابعاد تحت مطالعه و تفسیر مشاهده‌ها است (سرمد و همکاران، ۱۴۰۱). جامعه آماری این پژوهش کلیه خانواده‌های دارای نوجوان تراجنسیتی خودکشی‌گرا در شهر اهواز بودند که از این جامعه، یک خانواده همراه با فرزند نوجوان تراجنسیتی (زن به مرد) در این پژوهش شرکت کردند. ملاک ورود در این پژوهش، نمره بالاتر از ۴۰ نوجوان تراجنسیتی در مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه^۳ (SIS) (حداقل یک انحراف معیار بالاتر) و تعهد والدین به حضور در جلسات درمان بود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه (SIS): این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که توسط رود^۴ (۱۹۸۹؛ به نقل از یاموکوزکی^۵، ۲۰۰۶) برای اندازه‌گیری شدت افکار خودکشی‌گرایی فرد در چند هفته اخیر تدوین شده است. این پرسشنامه ۱۰ ماده دارد که آزمودنی‌ها از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه یا اکثر اوقات) آنها را درجه بندی می‌کنند و نمرات این مقیاس در دامنه ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرند. ماده‌های این پرسشنامه روی طیف یک پیوستار قرار می‌گیرند که از یک طرف انتهایی، افکار ناآشکار خودکشی‌گرایی و از طرف انتهایی دیگر، اقدام آشکار به خودکشی را نشان می‌دهند. دو ماده این مقیاس (۲ و ۴) اقدام به خودکشی را نشان می‌دهند. رود (۱۹۸۹؛ به نقل از یاموکوزکی، ۲۰۰۶) ثبات درونی (آلفای کرونباخ) این ابزار را ۰/۹۰ گزارش کرد و نشان داد که روایی ملاکی این مقیاس با

1. Single-case experimental design
2. multiple baseline
3. The Suicidal Ideation Scale
4. Rudd
5. Yamokoski,

استفاده از مقیاس‌های افسردگی و ناامیدی همبستگی معناداری داشته است. همچنین چرخاب (۱۳۹۲) ضریب پایایی این مقیاس با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را ۰/۹۴ و روایی این مقیاس را از طریق ضریب همبستگی آن با خرده‌مقیاس ۵ ماده‌ای پرسشنامه خلق و احساسات^۱ آنگولد و کاستلو (۱۹۸۷) ۰/۸۷ گزارش کرد.

مداخله

خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی، درمانی خانواده‌محور با زمان محدود (۲۶ هفته) است. این درمان شامل پنج تکلیف اساسی است و این تکالیف به ترتیب انجام می‌شود. تکلیف اول که در جلسه آغازین انجام می‌شود، برقراری رابطه اولیه با هر کدام از اعضای خانواده و همچنین رابطه‌ای صمیمی، باز و مبتنی بر احترام متقابل است. تکلیف دوم، ایجاد یک اتحاد درمانی قوی با نوجوان است. تکلیف سوم، برقراری اتحاد درمانی قوی با والدین است که این تکلیف در جلسات جداگانه با والدین انجام می‌شود. تکلیف چهارم که دلبستگی است، مکانیزم اصلی تغییر در درمان است. این تکلیف در جلسات مشترک پیگیری می‌شود و شامل موضوعات اصلاحی دلبستگی است. نهایتاً پس از این که تنش کمتر شد، در مرحله پنجم به اعضای خانواده کمک می‌شود تا برای مواجهه با چالش‌های موجود همکاری مشترک داشته باشند (دایمند و همکاران، ۲۰۲۲).

گزارش مورد

شراره (در زمان تولد هویت او دختر ثبت شده است) ۱۶ ساله، کلاس دهم و فرزند دوم یک خانواده پنج نفره است که برادر بزرگتر (شاهرخ) ۱۹ ساله و خواهر کوچکترش (شیوا) ۹ ساله هستند. شراره چند روز قبل از شروع درمان، در تولد یکی از دوستانش شرکت می‌کند. در حین مراسم تولد، این مهمانی را به صورت زنده از شبکه اینستاگرام

پخش می‌کنند. مادر شراره (ماهرخ) مراسم در حال پخش را می‌بیند و متوجه می‌شود شراره لباس‌هایی را که برای مراسم با خود برده، نپوشیده و در عوض تی شرت پسرانه‌ای با طرحی از یک پلنگ سیاه بر تن داشت. همچنین روی سینه‌اش یک طرح خالکوبی (قابل شستشو بوده است) نقش بسته است. بعد از بازگشت شراره به منزل، مادر به شدت با شراره برخورد می‌کند و به شراره می‌گوید رفتارش شبیه به "پسران لات"^۱ بوده است. شراره در جواب می‌گوید "مگر پسر بودن اشکالی دارد؟". مادر شراره همان شب داستان را برای پدر شراره (کیوان) تعریف می‌کند و کیوان به شراره می‌گوید "اگر بخواهی با این دوستان فاسدت ارتباط داشته باشی از همه چیز محروم می‌شوی". شراره بدون هیچ پاسخی درب اتاقش را می‌بندد. سپس ۵۰ قرص آرام بخش را که قبلاً تهیه کرده بود می‌خورد و به تینا (دوستی که مراسم تولدش بود) با پیامک اطلاع می‌دهد. پس از اطلاع والدین و انجام اقدامات پزشکی لازم، شراره به روانپزشک ارجاع داده می‌شود. روانپزشک پس از تجویز دارو در جلسه اول، در پایان جلسه دوم به خانواده شراره می‌گوید که شراره تراجنسیتی است و نیاز به مراقبت و درمان دارد. اولین مراجعه والدین شراره به مشاور خانواده اوایل زمستان سال ۱۴۰۰ و دو روز پس از ارجاع از طرف روانپزشک بود و آخرین جلسه درمان، شهریورماه سال ۱۴۰۱ بوده است.

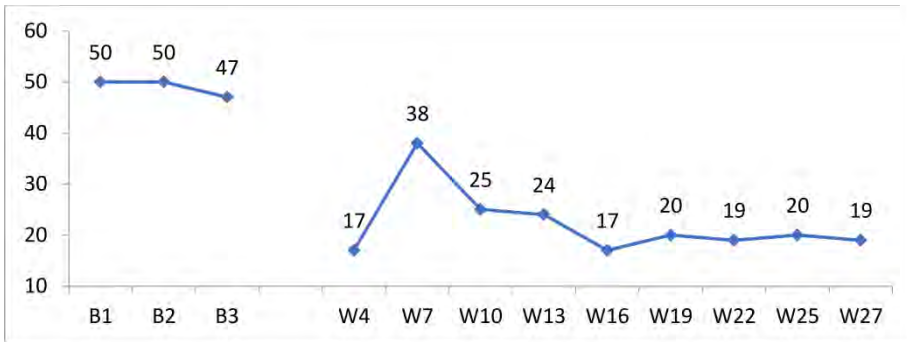
یافته‌های پژوهش

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های مقیاس افکار خودکشی گرایانه نوجوان را در مراحل درمانی (۲۷ جلسه) نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که نمرات افکار خودکشی گرایانه در طول مرحله درمان کاهش پیدا کرده است و همه نمرات مرحله درمان پایین‌تر از مرحله قبل از مداخله است. براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر، کلی و لوماس^۲، ۲۰۰۳)، همه نقطه داده‌های ترسیم از تعداد مورد نیاز، پایین‌تر از خط پیش بین سطح

۱. کلمات و جملات مشخص شده با گیومه، عین کلمات و جملات بیان شده اعضای خانواده است.

2. Fisher, Kelley, & Lomas

تغییرات قرار می‌گیرد. بنابراین خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی در کاهش خودکشی‌گرایی مؤثر بوده است.



B (baseline) = خط پایه W (week) = هفته درمان

نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه در مراحل خط پایه و درمان

مراحل درمان

تکلیف اول: چارچوب ارتباطی (سه جلسه اول)

کل جلسات درمان توسط نویسنده اول پژوهش که متخصص مشاوره بوده و دوره‌های تخصصی درمان هیجان‌مدار را آموزش دیده، انجام شده است. در اولین جلسه درمان، شراره و والدینش حضور پیدا کردند. مادر شراره (ماهرخ) شروع به صحبت کرد و شرحی از داستان آن شب جشن تولد را روایت نمود.

قسمتی از مصاحبه جلسه اول به شرح زیر است:

درمانگر: به نظر می‌رسد چیزی مانع صحبت کردن می‌شود (خطاب به کیوان).

می‌توانید در موردش صحبت کنیم؟

کیوان: مادرش بهتر از من او را می‌شناسد. من هم چیزی نمی‌دانم. بالاخره دختر

است و مادرش بهتر زبانش را می‌فهمد.

درمانگر: از حرکت دست به نظر می‌رسد که چیزهای مبهم و دشواری هم وجود دارد.

کیوان: شما نمی‌دانید چه اتفاقی آن شب افتاد. وحشتناک بود. آدم اگر عاقل باشد

این بلا را سر خودش نمی‌آورد. اصلاً مشکل چیست؟ چه چیزی کم دارد؟ بارها به مادرش گفته‌ام مراقب باشد. دوست خوب پیدا نمی‌شود.

درمانگر: شما فکرش را نمی‌کردید که یک دفعه با آن صحنه مواجه شوید. نیمه شب بوده و با تماسی یک دفعه وحشت کرده‌اید و دیدید که شراره بی‌حال افتاده است. این صحنه عادی نیست. شما به فکر شراره بوده‌اید و آن شب کنترل از دستتان خارج شد. ماهرخ: آقای دکتر آن شب استثنا بود چون ما عصبی بودیم و فرصت صحبت در موردش را نداشتیم. همه‌اش تقصیر دوستانش بود. البته همه متخصصان هم باسواد نیستند. بعضی‌ها بیسواد هستند. مثل آقای شریفی (روانپزشک) که با یک جلسه تشخیص عجیب غریب می‌دهند.

درمانگر: چیزهایی که بر شما گذشت فقط آن شب نبود. بعد از آن هم با موضوعاتی مواجه شدید که برایتان اولین بار بود.

ماهرخ: ما دیگر نمی‌خواهیم به آقای شریفی مراجعه کنیم. برخوردش خوب نبود.

درمانگر: به نظر می‌رسد اتفاقات سریع و با شتاب بوده (خطاب به شراره)

شراره: من حرفی ندارم. بهتر است از من چیزی نپرسید.

درمانگر: آمادگی نداری یا چیزی مانع می‌شود؟

شراره: دوستان من که عوضی شدند. روانپزشک هم که بیسواد شد. حتماً بعدش هم

شما همین‌طور. اصلاً برای چی آمده‌ایم.

ماهرخ: خب، مادر تو هم بگو چرا اون کار را کردی. ما پدر و مادرت هستیم. چرا باید

قرص بخوری؟ مگر چی شده؟ اصلاً ما اشتباه کردیم. دلیل نمی‌شود که تو آبروی ما را

ببری.

مشاهده تعاملات خانواده در جلسه اول حاکی از اجتناب و انکار از طرف والدین و

ابراز درماندگی از طرف شراره بود. کیوان موضع سرزنشگرانه‌ای نسبت به همه اطرافیان

داشت و شراره در واکنش به نظرات والدین سکوت می‌کرد. در جلسه فردی با شراره

وضعیت روان‌شناختی و خطر اقدام به خودکشی بررسی شد. نمره شراره در مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه (SIS) ۵۰ بود. در جلسه فردی شراره گریه کرد و مشکلات خود را غیرقابل حل می‌دانست. شراره مسأله اصلی خود را "عدم پذیرش والدین در مورد پسر بودنش" می‌دانست. او گفت در طول سالیان اخیر والدینش می‌بایست متوجه این موضوع می‌شدند ولی "عمداً خود را به کوچه علی‌چپ می‌زدند". پس از همدلی با شراره به او اطمینان داده شد که شرایط قابل کنترل خواهد بود. در جلسه خانوادگی، وضعیت آشفتته خانواده مورد بررسی قرار گرفت و همدلی و امید بخشی شد. به خانواده گفته شد "عملکرد گذشته خانواده به گونه‌ای بوده که خیلی از مشکلات برطرف می‌شدند. اما وضعیت فعلی پیچیده است و قدم به قدم باید پیش بروند. هر گونه راه حل فوری می‌تواند بحران خانواده را تشدید کند". از آن جایی که احتمال خطر خودکشی وجود داشت در مورد ضرورت یک طرح ایمنی با خانواده مفصل صحبت شد. از شراره خواسته شد که قول دهد اقدام به خودکشی نکند و در این فاصله درمانی هر جا افکار خودکشی تشدید شد، کمک بگیرد. در مورد افکار خودکشی، چگونگی دسترسی شراره به داروهای تجویز شده روانپزشک و گفتگو در مورد تشخیص روانپزشک به خانواده دستورالعمل داده شد. تحلیل فرایند اتفاقات منجر به خودکشی شراره برای خانواده باعث شد که ترس والدین بابت تکرار خودکشی کمتر شود. ماه‌رخ با احتیاط از شراره درخواست همکاری داشت و شراره تلویحاً این درخواست را پذیرفت.

جلسه دوم چهار روز پس از جلسه اول برگزار شد.

درمانگر: من فقط آنها را دارم.

شراره: بله، فقط دوستانم هستند که حواسشان به من هست. آن شب هم که می‌خواستم همه چیز تمام شود آنها بودند {کمک کردند}.

درمانگر: و خودت را در خانه‌ی خودت تنها می‌بینی.

شراره: پدر و مادرم هم هستند و بقیه. آنها به فکر چیزهای دیگری هستند. من ارزشی

ندارم. اصلاً وجود ندارم.

درمانگر: و چیزهای مهمی از نظر تو وجود دارد که باید بدانند. باید بشنوند. نه تنها این را نداری بلکه پدر و مادرت می‌خواهند دوستانت را که به آنها اطمینان داری و صمیمی هستی از تو بگیرند. اما تو به ارتباط امنی نیاز داری. ناراحتی‌ها و موضوعات را در میان بگذاری. کمک بگیری.

ماهرخ: آقای دکتر خدا شاهد است که ما به فکر شراره هستیم. این طور نیست. ولی ما هم پدر و مادریم. مگر می‌شود که بد او را بخواهیم. چه کسی دوست دارد بچه‌اش این طور شود.

شراره: ولی می‌شود.

درمانگر: شما هم فکر می‌کنید که رابطه با شراره مهم است و همین را می‌خواهید ولی انگار چیزی مانع می‌شود. این که می‌خواهید دوستانش را دور کنید برای مراقبت از شراره است و نه تنبیه‌اش. ولی این جا اتفاقی می‌افتد. شراره امن‌ترین آدم‌های اطرافش را از دست می‌دهد. این رابطه جان او را نجات داد. چه چیزی باعث شده این رابطه را با شما نداشته باشد؟

ماهرخ: آقای دکتر خب ما هستیم. به من بگوید. من مادرش هستم. پس به چه کسی می‌خواهد بگوید.

کیوان: دوست خوب کم گیر می‌آید. پیدا نمی‌شود!

درمانگر: شراره نمی‌خواهد تنها باشد. به ارتباط نیاز دارد. حدس می‌زنم در مورد ابراز افکار و احساساتش به شما تردید دارد. احتمالاً چیزهای خیلی زیادی هست. این‌ها را راحت به دوستانش می‌گوید و شنیده می‌شود. برایش خوب است ولی در گفتن آنها به شما مانعی هست. کیوان، من می‌دانم اقدام به خودکشی شراره برایت ترسناک بوده است. آیا می‌توانی در مورد این فاصله با شراره برایم بیشتر بگویی؟

کیوان: فقط بگویم زیاد است.

درمانگر: آن قدر که صدای شراره شنیده نمی‌شود. خیلی زیاد. تنها و بدون این که صدایش را بشنوند.

شراره: برای من مهم نیست.

در این جلسه با والدین و شراره همدلی شد. درمانگر موقعیت فعلی را در چارچوب مثبتی قرار داد و آن را "تلاش خانواده برای عبور از بحران" دانست. واکنش خوب شراره به افکار خودکشی‌گرایی از نقاط قوت مورد اشاره درمانگر بود. نمره شراره در مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه (SIS) تغییری نداشت و ۵۰ بود. مجدداً طرح ایمنی بررسی شد. شراره گفت "جایی که از پدرم به شدت عصبانی بودم و خواستم آن کار را بکنم، یاد قولم افتادم". شراره قول داد داروها را طبق تجویز روانپزشک مصرف کند. جلسه سوم شش روز بعد برگزار شد. به طور کل، خانواده در این مدت آرامش بیشتری را تجربه کرده بود. نمره شراره در مقیاس ۴۷ بود و داروهایش را مصرف کرده بود. همچنان ارتباط شراره با والدینش کم و مختصر بود. درمانگر مشکل خانواده را در یک بافت ارتباطی قرار داد تا خانواده نگاه خود را از اقدام به خودکشی و تراجنسیتی بودن شراره، به ارتباط قطع شده و عدم ارضای نیازهای شراره تغییر دهند. هدف اولیه درمان بر ترمیم رابطه متمرکز شد. در این جلسه با خانواده در مورد شیوه برگزاری جلسات بعدی، تعداد جلسات، موضوع رازداری و اقدامات لازم در صورت بحران صحبت شد.

تکلیف دوم: اتحاد با نوجوان (شش جلسه)

اولین جلسه فردی با شراره به این ترتیب شروع شد:

درمانگر: قبل از هر چیزی می‌خواهم بدانم تو را به چه اسمی صدا بزنم؟

شراره: (با تعجب) با چه اسمی؟ خب اسمم شراره است. چرا این را می‌پرسی؟

درمانگر: فقط خواستم بدانم چطور راحت تر هستی. قبلاً به من گفتی که تو خودت را

یک پسر می‌دانی و مطمئن نبودم با این اسم راحت هستی.

شراره: (به شدت شروع به گریه کردن می‌کند).

درمانگر: اشک‌های تو چیزی به من می‌گویند. می‌خواهی به من بگویی چه چیزی؟
 شراره: من همه‌اش فکر می‌کردم شما می‌خواهید به من بگویید اشتباه می‌کنم. فکر
 کردم شما هم مثل بقیه می‌خواهید من را نصیحت کنید. حتی وقتی به دوستانم گفتم که
 بعداً که پسر شدم می‌خواهم اسمم "میلا" باشد به من خندیدند و جدی نگرفتند.

درمانگر: انگار بقیه مطمئن هستند که تو چه کسی هستی و فقط خودت نمی‌دانی!
 شراره: الان در مورد خودم مطمئن هستم. شما آدم را می‌فهمید. من دنبال در دسر
 نیستم. ولی من این نیستم که می‌بینید، طولانی است. هر کاری می‌کنم نمی‌شود. سخته.
 درمانگر: حتماً همین‌طور است. و خیلی چیزها هست که بخوای من در مورد تو
 بدانم. چطور همه این‌ها را به به تنهایی تحمل کرده‌ای؟

پذیرش درمانگر نسبت به شراره باعث تسهیل رابطه درمانی شد. به خصوص زمانی
 که از او پرسیده شد "چه احساسی در مورد جلسات قبلی دارد؟". شراره شرحی از
 تجربیات خود را از دوران کودکی روایت می‌کند. او معتقد است از زمانی که
 "می‌فهمیده"، یک پسر بوده است. به هیچ یک از بازی‌های دخترانه علاقه نداشته است.
 یکی از چالش‌های همیشگی‌اش، فشارهای مادر برای آرایش و پوشیدن لباس‌های
 دخترانه بوده است. شراره از دو سال پیش با یک روسری سینه‌هایش را محکم می‌بسته و
 پیراهن‌های گشاد پسرانه می‌پوشیده است. او نسبت به اندام خود احساس بیگانگی
 داشته است. در طول سال‌های گذشته چندین رابطه عاطفی برقرار کرده که به "شکست"
 منجر شده است. این روابط عاطفی با دخترانی بوده که می‌دانسته‌اند شراره یک "پسر"
 است. شراره ۹ ماه پیش پس از یک شکست عاطفی، با مصرف چند قرص اقدام به
 خودکشی کرده، ولی به جز شریک عاطفی‌اش کسی متوجه نشده است، چون خانواده
 تصور می‌کردند کرونا گرفته است. در جلسات بعدی شراره گفت که با تینا رابطه عاطفی
 دارد و عاشق اوست. او به قول تینا برای آینده و ازدواج با او کمی امیدوار بود. شراره با
 اشتیاق در مورد تینا صحبت می‌کرد و معتقد بود تینا "احساس مرد بودن" او را تقویت

می‌کند و او از خودش مطمئن‌تر می‌شود. اتحاد درمانی باعث شد شراره همه تجربه‌های شخصی خود را بدون احتیاط ابراز کند و نسبت به این خودافشایی احساس "سبکی" می‌کرد. در جلسات فردی شراره ترغیب شد تا در مورد احساسات خود به والدینش صحبت کند. او احساس گناه زیادی نسبت به والدینش داشت و از این که باعث "بی‌آبروشدن" آنها خواهد شد شرم‌منده بود. چرا که خانواده‌اش را از بافت سنتی می‌دانست که این مسأله را نمی‌پذیرند. شراره به والدینش بی‌اعتماد بود و فکر می‌کرد "ظرفیت حرف‌هایش" را ندارند. "مادرم حرف‌هایم را کف دست بابام می‌گذارد". وقتی در مورد اقدام به خودکشی با شراره صحبت شد معتقد بود وقتی به بن‌بست رسیده تصمیم گرفته "واقعاً بمیرد". او نسبت به آینده احساس دوگانه‌ای داشت و معتقد بود "تصوری" از آینده ندارد. احساس تنهایی زیادی را تجربه می‌کرد و از این که "بار اضافی" بر دوش خانواده‌اش شده از خودش عصبانی بود. او خودش را بارها "موجود بی‌ارزش" می‌نامید. شراره از این که کسی نمی‌تواند او را درک کند احساس درماندگی می‌کرد و در مواقع فشار افکار خودکشی او بیشتر می‌شد.

در جلسات درمانی در مورد قطع ارتباط با والدین و احساس تنهایی شراره همدلی شد. رنج او تأیید، اعتبار و پردازش شد. شراره در این جلسات می‌توانست هیجان‌های قوی و همچنین احساسات اجتناب شده قبلی خود را ابراز کند، به هیجان‌اتش معنا دهد و هیجان‌های اولیه خود را راحت‌تر ابراز کند. کنجکاوای درمانگر نسبت به اثرات تراجنسیتی بودن بر زندگی شراره، باعث اشتیاق به اشتراک‌گذاری تجاربش بدون ترس می‌شد. شراره به حضور والدینش در کنار خود نیاز داشت و این حضور آنها می‌توانست ترس و ابهامات او را کمتر کند. گسستگی رابطه با والدین ابهامات و بی‌پناهی شراره را تشدید می‌کرد. تمرکز جلسات بر حمایت از شراره به عنوان یک فرد بود، نه یک فرد تراجنسیتی و این دیدگاه باعث اعتماد بیشتری در او می‌شد. در جلسات فردی، یکی از موضوعاتی که شراره گاهی مطرح می‌کرد، تعارض با تینا بود. درمانگر ضمن کمک به

شراره جهت برقراری رابطه کم‌تنش و تصریح انتظاراتش از تینا، در جهت تقویت رابطه تینا و والدینش تلاش می‌کرد. در جلسه ششم شراره عزم جدی خود را برای قبولی در دانشگاه و مهاجرت از اهواز و حتی خارج از کشور ابراز کرد. وقتی درمانگر دلیل ترس و اجتناب والدین شراره را بی‌اطلاعی والدین از دنیای پرابهام و پردرد شراره معرفی کرد، اضطراب شراره از مواجهه با والدین کمتر شد و ضرورت نیازش به حمایت والدین را تأیید کرد. بنابراین شرایط جلسات مشترک فراهم شد. او گفت "می‌خواهد همه حرف‌های دلش را به خانواده‌اش بگوید هر چند ممکن است بی‌فایده باشد". او نگران واکنش‌های شدیدش به حرف‌های والدین بود، بنابراین درمانگر تنفس دیافراگمی^۱ و تن‌آرامی عضلانی پیشرونده^۲ را با او تمرین کرد. به طور کلی، محور گفتگوهای این مرحله به نیازهای ارضا نشده شراره به دلیل بی‌اعتمادی، در دسترس و ایمن نبودن والدین متمرکز شد.

تکلیف سوم: اتحاد با والدین (پنج جلسه)

مرحله سوم درمان با والدین شراره انجام شد. کیوان در سه جلسه درمان حضور نداشت. اولین جلسه با حضور ماهرخ و کیوان و موازی با جلسه چهارم مشاوره فردی با شراره بود. سکوت کیوان و مقاومت ماهرخ الگوی غالب جلسه اول بود.

درمانگر: خیلی مایلم در مورد وضعیت شما بدانم. چطورید؟

ماهرخ: آقای دکتر من الان ۴۳ ساله هستم ولی دقیقاً به یاد دارم که در دوره نوجوانی شبیه شراره بودم. خیلی دوست داشتم لباس‌های پسرانه بپوشم و فعالیت‌های ورزشی سنگین داشتم. ولی بعدش عوض شدم. مگر الان سه تا بیچه ندارم؟ ازدواج کردم. شراره از بچگی دختر کله شقی بود. چون شاهرخ (برادر بزرگتر) را خیلی دوست داشت، سعی می‌کرد مثل او باشد. من هنوز عروسک‌های بچگی‌اش را دارم.

1. diaphragmatic breathing
2. progressive muscle relaxation

کیوان: کلی عروسک داشت.

درمانگر: و همین شما را آن قدر متعجب می‌کند که چطور ممکن است شراره پسر باشد.

ماه‌رخ: بیشتر دخترهای این دوره هم سن شراره این طوری هستند. سخت است تشخیص بدهی که پسر هستند تا دختر. بیشتر لج و لجبازی است. اتفاق آن شب هم به همین خاطر بود. شراره فکر کرد ما واقعاً می‌خواهیم از دوستانش محروم‌ش کنیم. هر چند آدم‌های خوبی نیستند.

درمانگر: دوست داری چیزهایی که در مورد شراره پیش آمده گذرا باشد و او بتواند مسیر زندگیش را همان طور که پیش‌بینی کرده بودی بگذراند. تشخیص پسر بودن شراره آن قدر سنگین بود که نزدیک شدن به آن برای ترسناک است.

کیوان: ترس هم دارد

در جلسات اولیه با والدین بر اعتمادسازی، ایجاد یک رابطه امن و احساسات ابراز نشده آنها تمرکز شد. فضایی فراهم شد تا نقطه نظرات شخصی خود را در مورد شراره ابراز کنند و در مورد خودشان، جنبه‌های قوت و قابلیت‌های زندگی‌شان صحبت کنند. زوج‌ها ترغیب شدند در مورد سایر فشارزاهای زندگیشان صحبت کنند و این که موضوع شراره روی زندگی آنها و فرزندان چه تأثیراتی داشته است. کیوان در بیشتر جلسات مقاومت شدید نشان می‌داد و در ابراز احساس خود احتیاط می‌کرد. مهم‌ترین محور گفتگوهای کیوان، "آبرو و شأن خانوادگی" بود. کیوان این بحث را یک "بی‌آبرویی" می‌دانست که در خانواده آنها بی‌سابقه بوده و برایش غیرقابل تصور است. در جلسات اولیه با والدین، پدر شراره موضع "صددرصد مخالف" داشته و حاضر بود هر کاری برای کمک به شراره انجام دهد تا موفق باشد. جلسه دوم والدین با حضور ماه‌رخ تشکیل شد. ماه‌رخ نگرانی‌های خود در مورد شراره را عنوان کرد و ابراز درماندگی کرد. علی‌رغم همه انگیزه‌ای که برای کمک و حمایت از شراره داشت، امید زیادی داشت که در جلسات

روان‌درمانی شراره از این "تمایلش" صرف‌نظر کند و بارها با درخواست‌های التماس‌گونه، انتظار کمک‌کردن برای سازگاری "دخترش" را داشت. درمانگر این مقاومت و اجتناب از گفتگوی مستقیم در مورد تراجنسیتی بودن شراره را همدلانه پاسخ می‌داد. جلسه سوم والدین پرتنش بود. ماهرخ عنوان کرد که بررسی‌های زیادی در اینترنت داشته است و متوجه شده بیشتر افرادی که تراجنسیتی بوده‌اند پس از عمل جراحی اقدام به خودکشی کرده یا افسرده شده‌اند. کیوان همسرش را سرزنش می‌کرد که چرا باید دنبال چنین مطالبی برود و ماهرخ نسبت به مشکل شراره موضع منعطف‌تری نشان می‌داد. اضطراب کیوان همدلی و هم‌گذاری شد و از او خواسته شد تصوراتش را در این مورد ابراز کند. کیوان از این موضوع عصبانی بود که چه اشتباهی کرده‌اند فرزندشان این مشکل را پیدا کرده است. وقتی روی رابطه با شراره تمرکز شد، کیوان علت سرد بودن رابطه خود با شراره را "دختر بودن" او می‌دانست و می‌گفت با مادرش راحت‌تر است. کیوان نسبت به این وضعیت احساس تأسف داشت اما تصور این که روزی فرزندش تغییر جنسیت می‌دهد برایش "وحشتناک" بود. ماهرخ با شراره احساس صمیمیت زیادی نداشت و معتقد بود "حرف همدیگر را نمی‌فهمیم چون او با دوستانش راحت‌تر است". او نسبت به این وضعیت غمگین بود و گریه کرد. ماهرخ بیشترین احساسش نسبت به شراره را "نگرانی برای آینده" می‌دانست. هر دو معتقد بودند شراره از آنها هم می‌ترسد و هم خشمگین است. این باعث فاصله خیلی زیاد می‌شد.

در این جلسه در مورد تاریخچه دل بستگی کیوان و ماهرخ در خانواده اصلی کاوش شد. درمانگر در مورد نیازهای دل بستگی ارضا نشده والدین به آنها بازخورد داد و همدلی کرد و آنها آسیب‌پذیری خود را نشان دادند. درمانگر فضایی ایجاد کرد تا آنها بتوانند دردهای گذشته خود را به واسطه اجتناب و انکار تجربه کنند و در آن فضا بمانند. این تجربه باعث حساسیت بیشتر آنها به نیازهای دل بستگی و گسست‌ها می‌شد و می‌توانستند بین نیازهای ارضا نشده خود و روابط فعلی با فرزندشان رابطه‌ای ایجاد کرده

و نهایتاً انگیزه‌ای برای برقراری یک رابطه حمایت‌گرانه و امن برای شراره پیدا کنند. وقتی گفتگوها در مورد اقدام به خودکشی شراره بود کیوان و ماهرخ روشن‌تر می‌توانستند در مورد دوری عاطفی از شراره صحبت کنند. در ادامه جلسات احساس تنهایی شراره برای والدین ملموس‌تر شد و دلسوزی بیشتری را نسبت به او تجربه می‌کردند. در جلسه چهارم، ماهرخ به تنهایی آمده بود و احساس گناه شدیدی داشت. ماهرخ در مورد روان‌شناسی تراجنسیتی‌ها مطالعه کرده و متقاعد شده بود "شراره هیچ گناهی ندارد". او معتقد بود این "مصیبت" برای خانواده سنگین بوده اما نمی‌خواهد شراره را از دست دهد و هر کاری از دستش بریاید انجام خواهد داد. در جلسه پنجم چرخه پراسیب والدین و شراره بررسی شد. آنها متوجه شدند الگوی غالب آنها اجتناب از شراره بوده است و این شناسایی، انگیزه‌ای برای رویارویی در مرحله بعدی بود. در مورد شیوه گوش دادن، سؤال پرسیدن، کنجکاوی و همدلی با شراره به والدین آموزش داده شد تا با آمادگی بیشتری شروع کنند. همچنین مهارت‌های مربی‌گری هیجانی^۱ (دایمند و همکاران، ۲۰۱۴) به آنها آموزش داده شد.

تکلیف چهارم: ترمیم دل‌بستگی (پنج جلسه)

در این مرحله شراره ترغیب شد تا افکار و احساساتش در مورد روابط خود با والدینش و اتفاقاتی را که رخ داده ابراز کند. والدین تلاش کردند تا در مورد بازگویی وقایع، افکار و احساساتش به او کمک کنند. درمانگر مانع از این شد که والدین راهبردهای منطقی در پیش بگیرند و به دنبال راه‌حل یا توجیه باشند، بلکه تمرکز بر احساسات شراره بود. شراره ناکامی، تنهایی، ترس از آینده، ابهام و خشم نسبت به والدین را ابراز می‌کرد و تلاش درمانگر بر این بود که گفتگو در مورد هیجانات عمیق‌تر کاوش شود. این رویه باعث شد شراره آسیب‌پذیری‌های خود را آشکارتر نشان دهد، به طوری که وقتی شراره افشا کرد که از چند ماه قبل قرص‌ها را برای خودکشی تهیه کرده، والدین گریه کردند. در مرحله بعدی

والدین شراره بدون این‌که بخواهند سرزنش کنند یا احساسات شراره را بی‌اعتبار کنند، نظرات و احساسات خود را در مورد اتفاقات گذشته و به خصوص شب اقدام به خودکشی ابراز کردند. در مراحل بعدی والدین آشکارا و صریح‌تر در مورد نگرانی‌ها و ترس‌های خود در مورد تراجنسیتی بودن شراره صحبت کردند. در این مرحله از درمان، شراره واکنش آرام‌تری به موانع و نگرانی‌های والدینش نشان داد و گاهی همدلی می‌کرد و از آنها سؤالات کنجکاوانه می‌پرسید. در این مرحله، درمانگر تعاملی بین خانواده برقرار کرد تا ارتباط کنترل شده سه نفره‌ای شکل بگیرد. هر سه نفر مستقیم و بی‌پرده صحبت می‌کردند و موضوعات دل‌بستگی و نیازهای ارضا نشده شراره در متن گفتگوها قرار گرفت. والدین شراره بابت اتفاقاتی که آن شب افتاده بود متأسف بودند و اقرار کردند که نتیجه‌گیری آنها عجولانه بوده است. شراره در واکنش به این موضع، پذیرا بود.

تکلیف پنجم: تقویت خودمختاری (هشت جلسه)

پس از جلسه نوزدهم، شراره به جشن تولد یکی از دوستانش دعوت می‌شود. وقتی از مادرش می‌پرسد که چه لباسی بپوشد، مادرش در پاسخ می‌گوید "هر لباسی که خودت دوست دارد". آن شب پس از بازگشت از تولد شراره تمام اتفاقات چند سال اخیر، حتی اقدام به خودکشی قبلی و سیگار کشیدن را به مادرش می‌گوید. در این فاصله پدر و مادر شراره یک بار دیگر با روانپزشک دیگری درباره شراره مشورت می‌کنند. جلسه بیستم، والدین و شراره ارتباط امن‌تری را احساس کردند و راحت‌تر می‌توانستند در مورد مسائل تحصیلی، ارتباط با دوستان، پرخاشگری نسبت به شیوا (خواهر کوچکتر)، اتاق شراره، مسئولیت‌های شراره در منزل و موضوع اصلی (تراجنسیتی بودن شراره) صحبت و همفکری کنند. شراره نگاه واقع‌بینانه‌ای به ضعف و قوت‌های والدینش به دست آورد و تصور او از آسیب‌پذیر نبودن والدینش تغییر کرد. او حاضر به پذیرش "خط قرمزها" بود ولی لباس پوشیدن، آرایش، زمان استفاده از موبایل و زمان درس خواندن را مسائل شخصی می‌دانست و از این‌که شاهرخ (برادر بزرگتر) او را کنترل کند راضی نبود. از

والدین خواسته شد در مورد آشفتگی‌ها و سردرگمی‌ها شماره‌ صبور و شکیبیا باشند و در این مسیر او را همراهی کنند. آنها تصمیم گرفتند در کنار دارودرمانی، شماره با یک روان‌شناس بالینی در تماس باشد. در یکی از جلسات شماره به مشکلات پدر و مادرش اشاره کرد و چون والدینش گفتند مربوط به او نبوده، جلسات زوج‌درمانی برای کیوان و ماهرخ تشکیل شد. نمره شماره در آخرین جلسه در مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه (SIS) ۱۹ بود.

بحث و نتیجه‌گیری

والدین در مواجهه با ناهمخوانی جنسیتی فرزند خود پذیرش ندارند و این طرد را به اشکال مختلفی مثل نظرات آزاردهنده، بی‌اعتبارسازی، عدم تأیید آشکارا، القاء احساس گناه و کنترل و اجبار نشان می‌دهند (دایمند و همکاران، ۲۰۲۲). واکنش شدید والدین نسبت به اولین اشاره شماره به تراجنسیتی بودنش، اقدام به خودکشی را در شماره به دنبال داشت. البته همه والدین به عدم هماهنگی هویت جنسیتی فرزندشان با هویت زمان تولد واکنش یکسانی نشان نمی‌دهند. بعضی از والدین به هویت جدید فرزندشان پذیرش نشان می‌دهند و بعضی طرد می‌کنند (گراسمن، پارک، فرانک^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). به طور کل، مادران پذیرش بیشتری نسبت به پدران دارند (روزنکرانتز، روستوسکی، تولاند^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب و فشاری که در رابطه شماره و والدین ایجاد شد، اجتناب را در رابطه بیشتر و پیوندهای دلبستگی را تضعیف کرده بود.

والدین شماره درگیر ترس، شرم، خشم، فقدان و غم بودند. این هیجانات باعث افزایش عدم پذیرش شماره می‌شد. این درمان به والدین کمک کرد تا احساس شرم و ترس خود را پردازش کنند. همچنین این درمان از فنون مواجهه‌ای استفاده کرد تا رفتارهای

1. Grossman, Park, Frank,
2. Rosenkrantz, Rostovsky, Toland,

اجتنابی ناسازگارانه والدین را به چالش بکشد. افزایش کارکرد بازتابی^۱ والدین باعث تسهیل حصول توافق والدین برای دسترسی به فرزند و شنیدن و تأیید تجارب او در جلسات مشترک شد. در این درمان، گسستگی دلبستگی محور گفتگو قرار گرفت و مسائلی مثل عشق و اعتماد و تعهد در گفتگوها پررنگ شد. شراره شروع به ریسک کرد و نیازهای دلبستگی اش را که مسدود شده بود، ابراز کرد. والدین به جای پاسخ‌های منطقی و دلایل شخصی از شراره حمایت و همدلی کردند. والدین متوجه شدند که کنترل و نصیحت‌های خود را با همدلی و درک متقابل همراه کنند. والدین فقط زمانی می‌توانند با تجارب دردناک طردشدگی و احساس بیگانگی فرزند خود ارتباط برقرار کنند که اهمیت و میزان دسترسی به فرزند خود را در جلسات مشترک مربوط به دلبستگی درک کنند تا بتوانند این تجارب طردشدگی را بشنوند و تأیید کنند (استریفلر و همکاران، ۲۰۲۲). البته ترغیب والدین به حمایت از فرزند تراجنسیتی در وهله نخست مستلزم حمایت از والدین است (آرامبورو آگریا، ۲۰۱۸). برای اینکه موضوعات اصلاحی دلبستگی بررسی شوند درمانگر به والدین شراره کمک کرد که به نوجوان خود دسترسی پیدا کنند تا او بتواند در مورد تجارب طردشدگی، تنهایی و هویت سردرگم خود صحبت کند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم کنترل مصرف دارودرمانی بود. برای نوجوانان اقدام کننده به خودکشی، دارودرمانی در کنار سایر مداخلات روان‌شناختی توصیه شده است (دایمند و همکاران، ۲۰۱۴). لذا ممکن است نتایج نهایی متأثر از دارودرمانی نیز بوده باشد. استفاده از طرح تک موردی و انجام مداخله با یک مورد، یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود. اجرای مکرر ابزار پژوهش نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگ‌تر با گروه کنترل انجام شود. حضور همه اعضای خانواده در درمان و اجرای این درمان برای دختران

1. reflective functioning

تراجنسیتی از دیگر پیشنهادات این پژوهش است.

- ≠ **ملاحظات اخلاقی:** این مطالعه دارای کد اخلاقی به شماره EE/1401.2.24.121751/SCU.AC.IR از دانشگاه شهید چمران اهواز است. به دلیل اهمیت رازداری، کلیه اسامی و مشخصات واقعی این مورد تغییر کرده است. نوجوان تراجنسیتی و خانواده‌اش قبول کردند در صورتی که هیچ نشانه‌ای از اطلاعات آنها افشا نشود و اجازه مطالعه گزارش نهایی این درمان را داشته باشند، انتشار این جلسات در قالب یک پژوهش اشکال ندارد. در اولین جلسه درمان به نوجوان و خانواده‌اش در مورد محرمانه بودن اطلاعات جلسات فردی و موارد نقض آن صحبت شد. همچنین توافق شد پس از تنظیم گزارش نهایی جلسات، کلیه فایل‌های صوتی ضبط شده و متن پیام‌های ارسال شده در شبکه پیام رسان واتس‌اپ^۱ پاک شود. همچنین توافق شد در صورت بروز خشونت فیزیکی در طول درمان، در مورد ادامه مسیر درمان تجدید نظر شود.
- ≠ **سهم نویسندگان:** اجرای مداخله توسط نویسنده اول بوده است. هماهنگی جهت تسهیل حضور خانواده و نوجوان در درمان توسط نویسنده دوم بوده است. ورود و تحلیل داده‌ها توسط نویسنده پنجم بوده و جمع‌آوری ادبیات و نگارش مقاله توسط نویسنده اول، سوم و چهارم بوده است.
- ≠ **حمایت مالی:** پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام شده است.
- ≠ **تعارض منافع:** یافته‌های این پژوهش هیچ‌گونه تضادی با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.
- ≠ **تشکر و قدردانی:** نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از دانشگاه شهید چمران اهواز بابت همکاری جهت اجرای اخلاقی این پژوهش و همچنین خانواده محترمی که در این پژوهش شرکت کردند، ابراز می‌دارند.

منابع

اسدی، مسعود، نظری فر، محسن، ابراهیم زاده، حسن، فتحی، الهام، و دانش پور، منیژه. (۱۴۰۱). مقایسه اختلالات روانی و تاب آوری در مقابل خودکشی در افراد با و بدون تجربه اقدام به خودکشی. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، ۲۱ (۸۲)، ۱۴۰-۱۱۴. [10.18502/qjcr.v22i82.10113](https://doi.org/10.18502/qjcr.v22i82.10113)

سرمد، زهره، بازرگان، عباس، و حجازی، الهه. (۱۴۰۱). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران، انتشارات آگه.
سلطانی زاده، محمد، نعمتی، ندا، و لطیفی، زهره. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه هویت جنسیتی/ ملال جنسیتی برای نوجوانان و بزرگسالان در نوجوان دختر. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۳ (۴)، ۱۰۱-۱۱۴. [10.52547/rph.13.4.101](https://doi.org/10.52547/rph.13.4.101)

فرهمند، مهناز، و دانافر، فاطمه. (۱۳۹۷). پدیدارشناسی تجربه زیسته هویت‌های دو جنسیتی از تعاملات خانوادگی تا تعاملات اجتماعی. بررسی مسایل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)، ۱۱۹ (۱)، ۱۹۱-۲۱۲. [10.22059/ijsp.2018.65906](https://doi.org/10.22059/ijsp.2018.65906)

ناصری، سپیده، و خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۷). مقایسه امید و خودپنداره بدنی در افراد ترانس سکچوالیسم با و بدون عمل جراحی تغییر جنسیت. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۴ (۴)، ۱۸-۲۶. [10.21859/ijrn-04043](https://doi.org/10.21859/ijrn-04043)

واحدی، مصطفی، رایجیان اصلی، مهرداد، علیمردانی، آرمین، و بهروزی، محمدرضا. (۱۳۹۵). نقش عوامل ژنتیکی در اختلال هویت جنسی با رویکردی به دیدگاه‌های حقوقی و فقهی پیرامون آن. حقوق پزشکی، ۱۰ (۳۸)، ۱۶۷-۱۸۹.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American psychologist*, 70 (9), 832-864. [10.1037/a0039906](https://doi.org/10.1037/a0039906)

Anderson, A. M., & Ford, J. (2022). Transgender adolescent and young adult suicide: A bioecological perspective. *Nursing inquiry*, 29 (3), e12476. [10.1111/nin.12476](https://doi.org/10.1111/nin.12476)

Aramburu Alegría, C. (2018). Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *International Journal of Transgenderism*, 19 (2), 132-143. [10.1080/15532739.2018.1450798](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1450798)

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health*, 15 (1), 1-15. [10.1186/s12889-015-1867-2](https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2)

Budania, S. K. (2012). Rapid assessment of mental health needs and planning of mental health services for the Transgender (Hijras) community. *Bangalore: National Institute of Mental Health and Neuro Sciences (NIMHANS)*.

- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health, 1* (1), 117-123. [10.1089/trgh.2016.0009](https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009)
- Coolhart, D., & Shipman, D. L. (2017). Working toward family attunement: Family therapy with transgender and gender-nonconforming children and adolescents. *Psychiatric Clinics, 40* (1), 113-125. [10.1016/j.psc.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.002)
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior genetics, 32* (4), 251-257. [10.1023/a:1019724712983](https://doi.org/10.1023/a:1019724712983)
- Diamond, G. M., Boruchovitz-Zamir, R., Nir-Gotlieb, O., Gat, I., Bar-Kalifa, E., Fitoussi, P. Y., & Katz, S. (2022). Attachment-based family therapy for sexual and gender minority young adults and their nonaccepting parents. *Family Process, 61*, 530-548. [10.1111/famp.12770](https://doi.org/10.1111/famp.12770)
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. American Psychological Association. [10.1037/14296-000](https://doi.org/10.1037/14296-000)
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., & Siqueland, L. (2012). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy, 49* (1), 62-71. [10.1037/a0026247](https://doi.org/10.1037/a0026247)
- Dozier, R. (2005). Beards, breasts, and bodies: Doing sex in a gendered world. *Gender & Society, 19*, 297-316. [10.1177/08912432042721](https://doi.org/10.1177/08912432042721)
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & St. Amand, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism, 19* (2), 251-268. [10.1080/15532739.2017.1414649](https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649)
- Erich, S., Boutte-Queen, N., Donnelly, S., & Tittsworth, J. (2007). Social work education: Implications for working with the transgender community. *The Journal of Baccalaureate Social Work, 12* (2), 42-52. [10.18084/1084-7219.12.2.42](https://doi.org/10.18084/1084-7219.12.2.42)
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36* (3), 387-406. [10.1901/jaba.2003.36-387](https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-387)
- Golden, R. L., & Oransky, M. (2019). An intersectional approach to therapy with transgender adolescents and their families. *Archives of Sexual Behavior, 48* (7), 2011-2025. [10.1007/s10508-018-1354-9](https://doi.org/10.1007/s10508-018-1354-9)

- Gregor, C., Hingley-Jones, H., & Davidson, S. (2015). Understanding the experience of parents of pre-pubescent children with gender identity issues. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32 (3), 237-246.
[10.1007/s10560-014-0359-z](https://doi.org/10.1007/s10560-014-0359-z)
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2021). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68 (8), 1260-1277. [10.1080/00918369.2019.1696103](https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103).
- Healy, R. W., & Allen, L. R. (2020). Bowen family systems therapy with transgender minors: A case study. *Clinical Social Work Journal*, 48 (4), 402-411.
[10.1007/s10615-019-00704-4](https://doi.org/10.1007/s10615-019-00704-4)
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics of North America*, 63 (6), 1011–1025. [10.1016/j.pcl.2016.07.005](https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.005).
- Koolae, A. K. (2011). P01-540-The view of Iranian counseling psychologist toward working with transsexual and homosexuals' clients. *European Psychiatry*, 26, 544.
[10.1016/S0924-9338\(11\)72251-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72251-9)
- Malpas, J., Pellicane, M. J., & Glaeser, E. (2022). Family-based interventions with transgender and gender expansive youth: Systematic review and best practice recommendations. *Transgender Health*, 7 (1), 7-29. [10.1089/trgh.2020.0165](https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0165)
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family process*, 50 (4), 453-470. [10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x)
- Olson, K. R., & Gulgoz, S. (2018). Early findings from the transyouth project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12 (2), 93–97. [10.1111/cdep.12268](https://doi.org/10.1111/cdep.12268)
- Rosenkrantz, D. E., Rostosky, S. S., Toland, M. D., & Dueber, D. M. (2020). Cognitive-affective and religious values associated with parental acceptance of an LGBT child. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7 (1), 55–65. [10.1037/sgd0000355](https://doi.org/10.1037/sgd0000355)
- Russon, J., Washington, R., Machado, A., Smithee, L., & Dellinger, J. (2021). Suicide among LGBTQIA+ youth: A review of the treatment literature. *Aggression and Violent Behavior*, 101578. [10.1016/j.avb.2021.101578](https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101578)
- Russon, J., Morrissey, J., Dellinger, J., Jin, B., & Diamond, G. (2021). Implementing attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents and young adults in LGBTQ+ services: Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication. 1-8.
[10.1027/0227-5910/a000821](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000821)

- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123 (1), 346–352. [10.1542/peds.2007-3524](https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524).
- Strifler, Y., Zisenwine, T., & Diamond, G. M. (2022). Parents' reflective functioning and their agreement on treatment goals in attachment-based family for sexual and gender minority young adults and their nonaccepting parents. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1-16. [10.1111/jmft.12581](https://doi.org/10.1111/jmft.12581)
- Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., & Shramko, M. (2018). Transgender adolescent suicide behavior. *Pediatrics*, 142 (4). [10.1542/peds.2017-4218](https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218)
- VanBergen, A. M., & Love, H. A. (2022). Family-of-origin rejection on suicidal ideation among a sexual minority sample. *Journal of marital and family therapy*, 48 (2), 560-575. [10.1111/jmft.12484](https://doi.org/10.1111/jmft.12484)
- Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., & Ramakrishna, J. (2016). Suicide and suicidal behavior among transgender persons. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38 (6), 505-509. [10.4103/0253-7176.194908](https://doi.org/10.4103/0253-7176.194908)
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388 (10042), 390-400. [10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Yamokoski, C. A. (2006). ABC's of suicidology: The role of affect in suicidal behaviors and cognitions. *Unpublished Doctoral Dissertation, Graduate Faculty of the University of Akron*.

