



**The effect of rumination-focused cognitive behavior therapy on negative self-evaluation and suicidal ideation, versus mindfulness-based cognitive therapy in depressed adolescent girls aged 14 to 19 committing suicide: two-month follow up**

**اثر بخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی بر خودارزیابی منفی و افکار خودکشی دختران افسرده ۱۴ تا ۱۹ سال، اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی؛ پیگیری دو ماهه**

**Hadi Izanloo, PhD Student**

Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran.

**Fateme Shahabizadeh, Ph.D**

Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

**Seyed Kaveh Hojjat, Ph.D**

Assistant Professor of psychiatry, psychiatry and behavioral sciences research center, Department of Psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

**Seyed Abdolmajid Bahrainian, Ph.D**

Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

هادی ایزانلو

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

\*فاطمه شهابی زاده

دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

سید کاوه حجت

دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

سید عبدالمجید بحرینیان

استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

**چکیده**

اقدام به خودکشی در بین دختران نوجوان بدلیل شناخت‌های منفی در حال افزایش است، بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی در مقابل درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی بر خود ارزیابی منفی و افکار خودکشی در بین دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۹ سال، افسرده اقدام کننده به خودکشی بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی، با پیش آزمون- پس آزمون و یک گروه کنترل بود. ۳۳ دختر نوجوان که با مشکل اقدام به خودکشی به واحد اورژانس بیمارستان ثامن الائمه و امام حسن(ع) بجنورد از اول آبان تا پانزدهم اسفند ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند، پس از داشتن ملاک‌های ورود، به روش هدفمند انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۰ نفر) درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی (۱۰ جلسه انفرادی) و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی (Beck & Steer, 1993) و احتمال خودکشی (Cull & Gill, 1989) بودند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد هر دو مداخله اثر معناداری بر کاهش خودارزیابی منفی و افکار خودکشی ( $p < 0.05$ ) داشته است و این اثر در طول دوره پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است. بنابراین هر دو مداخله می‌توانند با شیوه‌های متفاوتی (کاهش اندیشناکی و افزایش توجه آگاهی) اما بدون برتری، سطح خود ارزیابی منفی و عقاید خودکشی را کاهش دهند، بنابراین استفاده از این دو مداخله در زمان افسردگی و در دوره بحران خودکشی پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی،

درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی، افسردگی، خود ارزیابی منفی، افکار خودکشی، دختران ۱۴-۱۹ سال

**Abstract**

Suicide attempt is on the rise among adolescent girls due to negative cognitions, so the aim of this study was to investigate the effect of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy (RFCBT) versus Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on negative self-evaluation, and suicidal ideation among depressed girls adolescents aged 14 to 19 attempting suicide. This study was a quasi-experimental design with pre-test and post-test with a control group. Thirty-three depressed adolescent girls attempting suicide who were referred to the emergency department of Samen Al-Aeme and Imam Hassan Hospitals in Bojnourd from October 23, 2019 to March 5, 2020, after having the inclusion criteria, were selected with targeted sampling method, then randomly divided into three groups of rumination-focused cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy (10 individual sessions) and control. The research tools included Depression Inventory-2 (Beck & Steer, 1993) and Suicide Probability Scale (Cull & Gill, 1989). Findings obtained from Analysis of covariance showed that both interventions had a significant effect on reducing negative self-evaluation and suicidal ideation at the time of post-test ( $p < 0.001$ ) and follow-up ( $p < 0.05$ ), and this effect was stable during the two-month follow-up period. Therefore, both interventions can reduce negative self-evaluation and suicidal ideation in different ways (decreased rumination and increased mindfulness) but without superiority, so it is recommended to use these two interventions in times of depression and in times of suicidal crisis.

**Keywords:** rumination-focused cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy, depression, negative self-evaluation, suicidal ideation, adolescent girls aged 14 to 19

## مقدمه

نوجوانی مرحله مهمی از رشد است که ممکن است با اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی (Mullarkey, Marchetti, & Beevers, 2019) و خودکشی بویژه در دختران نوجوان (Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018; Lim et al, 2018) همراه شود. مطالعات متعددی ارتباط بین علائم افسردگی و اقدام به خودکشی و ایده پردازی خودکشی را نشان داده‌اند (Ribeiro, Huang, Fox, & Franklin, 2018). همچنین مشخص شده است اقدام به خودکشی در گروه سنی نوجوانان و جوانان بویژه در میان دختران (Uddin, Burton, Maple, Khan, & Khan, 2019) بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است. در مدل محتوای شناختی افسردگی، خودارزیابی منفی (Garnefski & Kraaij, 2018) می‌تواند به صورت قوی علائم افسردگی را در افراد پیش بینی کند (Orchard & Reynolds, 2018). تحریف‌های شناختی از خویشتن از جمله صفت‌های منفی و لفظ‌های "بی‌ارزش" بودن و "بی‌فایده" بودن (Orchard, Pass, & Rernolds, 2019) به افکار غیر مفید از جمله افکار خودکشی و رفتارهای غیر سازنده بیشتر منجر می‌شود (Fazakas-DeHoog, Rnic, & Dozois, 2017). به هر حال مشخص شده است کم ارزش دانستن خود و افسردگی در میان کسانی که خود ارزیابی منفی دارند و از افکار خودکشی رنج می‌برند، بیشتر شایع است (Butter, Shevlin, & Murphy, 2019). به بیان دیگر اگر اندیشناکی و تمرکز بر خود در فردی که افسرده است بالا باشد، باعث افزایش قضاوت منفی در مورد خویشتن (خود ارزیابی منفی) به عنوان فردی بی‌کفایت و بی‌ارزش می‌شود (Rimes & Watkins, 2005). اندیشناکی به عنوان مهمترین مولفه سبب شناسی و نگهدارنده اختلال افسردگی (Watkins, 2016)، در افراد افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌نمایند در سطح بالاتری است (Law & Tucker, 2018)، لذا می‌توان گفت درمان‌هایی که به صورت اختصاصی اندیشناکی را مورد هدف قرار دهند، و به حل مسئله بپردازند در این راستا می‌توانند در میان نوجوانان موثرتر باشند (Wilkinson, Croudac, & Goodyer, 2013). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی (Rumination-focused)

(cognitive behavioral therapy) (RFCBT) درمانی است که با اصلاح نحوه و فرآیند تفکر (تحلیل کارکردی و راهبردهای رفتاری)، بجای تمرکز بر محتوای فکر و چالش با آن، بطور اختصاصی به اندیشناکی می‌پردازد (Watkins, 2016)، و افراد را از سبک تفکر غیر سازنده (فکر کردن کلی، ارزشی و انتزاعی) به سمت سبک فکری سازنده (افکار خاص، عینی و توصیفی و توجه به تمامی جزئیات ابعاد یک رویداد) سوق می‌دهد (Watkins, Taylor, Byng, Baeyens, Read, & et al, 2012). گرچه به نظر می‌رسد مطالعه‌ای تاکنون برای کاربرد این درمان در افراد افسرده‌ای که اقدام به خودکشی کرده‌اند، انجام نشده است؛ لیکن تاثیر آن بر افسردگی (Hvenegaard, Moeller, Poulsen, Gondan, Grafton, & et al, 2020) مولفه‌های شناختی خودکشی چون اندیشناکی (Bessette, Jacobs, Heleniak, Peters, Welsh, & et al, 2020; Topper, Emmelkamp, Watkins, & Ehring, 2017) و افسردگی نوجوانان (Feldhaus, Jacobs, Watkins, Peters, Bessette, & et al, 2020) تایید شده است.

از طرفی نقطه مقابل اندیشناکی، توجه آگاهی است (Jury Jose, 2019) که با واسطه‌گری اندیشناکی، بر تغییر نشانه‌های افسردگی موثر است (Parmentier, Garcia-Toro, Garcia-Campayo, Yanez, & et al, 2019). لذا در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی (-Mindfulness based cognitive therapy) (MBCT) در مقایسه با درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی که مکانیسم‌های متفاوتی دارند، مورد بررسی قرار گرفت. مطالعات اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی را بر افسردگی (Segal et al, 2020; Farb, Anderson, Ravindran, Hawley, Irving, & et Raj, Sachdeva, Jha, Sharad, & al, 2018) و افکار خودکشی (Singh, & et al, 2019) و خودارزیابی منفی (Pepping, O'Donovan, & Davis, 2013) نشان داده‌اند. لذا این مطالعه قصد دارد با در نظر گرفتن مفروضه‌های زیر به اثر بخشی این دو درمان در دو مولفه شناختی افسردگی در گروه دختران نوجوان اقدام کننده به خودکشی بپردازد: ۱). کارآمدی بالینی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی جز در چند مطالعه محدود و در مورد افسردگی باقیه‌ای مورد بررسی قرار

دختران نوجوان افسرده ۱۴ تا ۱۹ ساله ساکن شهر بجنورد بودند که با مشکل اقدام به خودکشی به واحد اورژانس دو بیمارستان ثامن الائمه و امام حسن (ع) بجنورد در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. پس از انجام مداخلات درمانی بیمارستانی و پایداری وضعیت جسمانی، نمونه گیری به صورت هدفمند (داشتن ملاک‌های شمول) انجام شد. پس از مصاحبه بالینی، و در صورتیکه نمره افسردگی BDI-2 آزمودنی بالاتر از چهارده بود به روانپزشک ارجاع می‌شدند و اگر به مداخله دارویی بنا بر نظر روانپزشک نیاز نبود، مداخلات آغاز می‌شد. مداخلات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در هر دو گروه بصورت فردی اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای (جهت رعایت اصول اخلاقی دو جلسه مداخله آموزشی پس از دوره پیگیری اجرا شد) صورت نگرفت. ملاک‌های شمول به این شرح است: ۱) دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۹ سال. ۲) تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس BDI-II و مصاحبه ساختار یافته بالینی (SCID-5-CV). ۳) عدم همبودی اختلالاتی مانند اعتیاد، شیدایی، سایکوز و اختلالات شخصیت. ۴) عدم استفاده از دارو در حال حاضر و شش ماه گذشته و عدم استفاده از مداخلات روانشناختی حداقل در یک سال گذشته ۵) عدم سابقه قبلی اقدام به خودکشی (بجز مورد اخیر که برای آن مراجعه کرده است). ۶) عدم غیبت بیش از دو جلسه. ۷) داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی و گویش به زبان فارسی. ۸) مجرد بودن.

#### روش اجرا و سنجش دادها

بعد از کسب مجوز و اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی با شماره IR.NKUMS.REC.1398.099 و اخذ کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20191012045068N1 با مراجعه به دو مرکز بیمارستانی (بیمارستان امام حسن(ع) و بیمارستان ثامن الائمه در شهر بجنورد) از بین افرادی که ملاک‌های شمول در مورد آنها صدق می‌کرد ۳۳ نفر به صورت هدفمند در طول زمان انتخاب گردیدند. طبق جدول کوهن (Cohen) در سرمد، بازرگان و حجازی (Sarmad, Bazargan, & Hejazi, 2014) جهت بررسی و مقایسه سه گروه و با در

نگرفته است (Watkins et al, 2011). ۲) تنها یک مطالعه به مقایسه درمان درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و گروه فعال پرداخته است و در آن از روش گروهی استفاده شده است (Hvenegaard et al, 2020). ۳) آنچه تا کنون در مورد شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی آشکار شده است، این است که این درمان در پیشگیری از عود در کسانی که تاریخچه افسردگی قبلی دارند، موثر است (Shallcross, Gross, Visvanathan, Kumar, Palfrey, & et al, 2015) ولی در مورد اثر آن در بیمارانی که در حال حاضر علائم افسردگی دارند مطالعات محدودی انجام شده است (Goldberg, Tucker, Greene, Davidson, Kearney, & et al, 2019). ۴) بیشتر مداخلات به مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی با گروه انتظار و یا با درمان متداول (Treatment as usual) (Tau) پرداخته‌اند و مطالعات محدودی با گروه فعال کنترل (Active-Control Conditions) (Goldberg et al, 2019) انجام شده است. بنابراین این پژوهش با ویژگی‌هایی که دارد نظیر: الف) درمان انفرادی جهت ارزیابی اختصاصی و کنترل اثرات گروه، ب) جامعه آماری نوجوانان دختر اقدام کننده به خودکشی، ج) افسرده بودن شرکت‌کنندگان در حال حاضر، د) جایگزینی تصادفی شرکت‌کنندگان، درصد پاسخگویی به این مساله اساسی است:

۱. آیا بین درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر مولفه‌های خود ارزیابی منفی و افکار خودکشی در میان دختران نوجوان تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر مولفه‌های خود ارزیابی منفی و افکار خودکشی در میان دختران نوجوان موثر هستند؟

#### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی بود. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش

پرداختند. روایی به شیوه کیفی تایید شد و نتایج پایایی توافق تشخیصی اختلالات محور یک را متوسط (کاپای بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۳ با میانگین کاپای ۰/۷۱) برای این ابزار نشان داد. شریفی و همکاران (Sharifi et al, 2004) در مطالعه‌ای در جمعیت ایرانی به توافق تشخیصی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) برای این ابزار دست یافتند. توافق کلی برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌ها در طول عمر ۰/۵۵ بدست آمد.

**ب) پرسشنامه افسردگی بک-۲ (Beck Depression Inventory-II) (BDI-II):** این پرسشنامه توسط بک و استیر (Beck & Steer) در سال ۱۹۹۳ ساخته شد و دارای ۲۱ ماده خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی می‌باشد. هر گویه آن بر اساس چهار گزینه از صفر تا سه گزارش می‌شود (Beck, Steer, & Brown, 1996). بک، استیر و برون (Beck, Steer, & Brown, 1996) ویژگی‌های روانسنجی این ابزار را روی ۵۵ بیمار دارای اختلال خلقی در مراکز درمانی سرپایی بررسی کردند، روایی ابزار از طریق اجرای روایی همزمان پرسشنامه افسردگی بک (Beck, Steer, & Brown, 1996) با پرسشنامه ناامیدی بک (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) برابر ۰/۶۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۵۰ تن بیمار دارای اختلال خلقی، ۰/۵۹ و از طریق پایایی دو نیمه کردن برابر ۰/۶۶ و ثبات از طریق باز آزمایی به فاصله ۲ هفته برابر ۰/۷۱ گزارش نمودند. در ایران این مقیاس توسط فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (Fata, Birashk, Atefvahid, & Dabson, 2005) روی یک نمونه ۹۴ نفری به اجرا درآمد و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته‌ای برابر ۰/۹۴ گزارش شد و روایی نیز از طریق روایی محتوایی تایید شد. در این مطالعه در بررسی ۱۵ نوجوان افسرده مراجعه کننده به بیمارستان با اقدام به خودکشی پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه مذکور ۰/۷۲  $\alpha$  بدست آمد. به عنوان مثال دو نمونه از سوالات پرسشنامه به این صورت است: در حوزه غم این ایت‌ها مطرح است ۰- غمگین نیستم، ۱- غمگین هستم، ۲- غم دست بردار نیست و ۳- تحمل را از دست داده‌ام. در حوزه

نظر گرفتن حداقل توان آزمون لازم (۵۰ درصد) و اندازه اثر بالاتر از متوسط و احتمال خطای ۰/۰۵، ۳۳ نفر برای سه گروه در نظر گرفته شد و گمارش در گروه‌ها و همچنین اجرای کاربردی به صورت تصادفی صورت گرفت. در این پژوهش بخاطر محدودیت‌های تعداد مراجعین و کم کردن تاثیر گذشت زمان در سیر اختلال، تمام آزمودنی‌ها، همزمان انتخاب نشدند، بلکه پس از اولین آزمودنی و داشتن ملاک‌های ورود، به بصورت تصادفی در یکی از گروه‌ها قرار می‌گرفت. اولین جلسه با حضور والدین و توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه و بستر سازی در محیط خانواده انجام شد. تمامی جلسات درمانی در بیمارستان ثامن الائمه و در اتاق درمان به صورت انفرادی برگزار شد. اولین مرحله (پیش آزمون) با هدف اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا گردید. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به منظور شرکت منظم در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌ها در هر سه گروه از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت دوره پیگیری دو ماهه انجام و به آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی، یک بسته آموزشی با همکاری مسئول آموزش بیمارستان ثامن الائمه داده شد.

#### ابزار سنجش

**الف) مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات روانی (Structured Clinical Interview for DSM-5-CV) در DSM-5 (SCID-5-CV):** در این پژوهش از نسخه SCID-5-CV استفاده شد. این پرسشنامه براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 وجود آمده است. SCID-5 هر چند برای افراد بالای ۱۸ سال طراحی شده است لیکن به گفته طراحان با کمی تغییر در جملات قابلیت کاربردی برای نوجوانان را دارد (First, Williams, Benjamin, Spitzer, 2016). لارگانز و آرنتز (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011) در ۲۰۱۱ به قابلیت اطمینان و روایی مصاحبه ساختار یافته بالینی برای اختلالات محور یک و اختلالات محور دو

ساله، روایی همگرا، بین نمره این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی (Beck, Steer, & Brown, 1996) و پرسشنامه اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب (Birmaher, Brent, Chiappetta, Bridge, Monga, et al, 1999) و پاپایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای نمره کل ۰/۸۶ گزارش شد. لازم به ذکر است در این پژوهش چون نمونه شامل نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی بود و مولفه رفتاری (تکانشگری) را شامل می‌شد، صرفاً خرده مقیاس‌های شناختی یعنی افکار خودکشی و خودارزیابی منفی استفاده شد. به عنوان مثال دو نمونه از سوالات پرسشنامه به این صورت است: در حوزه افکار خودکشی این ایت‌ها مطرح است؛ ۱-احساس می‌کنم که مردن کمتر دردآور است و ۲-برای تنبیه دیگران به خودکشی فکر می‌کنم و در حوزه خودارزیابی منفی دو نمونه از ایت‌ها بدین صورت است: ۱-احساس می‌کنم قادر نیستم بسیاری از کارها را به خوبی انجام دهم و ۲-من در پیدا کردن و حفظ کاری که دوست دارم مشکل دارم.

**شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی (MBCT):** این رویکرد ترکیبی از شناخت درمانی بک (Beck) و درمان کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی (Mindfulness based stress reduction) کابات زین (Kabat-Zinn) است. جهت اجرای شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی از کتابچه راهنمای اقتباس شده از کتاب سگال، ویلیامز و تیزدال (Segal, Williams, & Teasdal, 2002) در جدول ۱ استفاده شد.

نامیدی، این عبارات مطرح می‌شود ۰- به آینده امیدوارم، ۱- به آینده امیدی ندارم، ۲- احساس می‌کنم آینده امید بخشی در انتظارم نیست و ۳- کمترین روزنه امیدی ندارم نمره دهی می‌شود.

**ج) پرسشنامه احتمال خودکشی (Suicide Probability Scale (SPS):** پرسشنامه کال و گیل (Cull & Gill, 1989) از ۳۶ گویه و چهار خرده مقیاس نامیدی، افکار خودکشی، خصومت/پرخاشگری، و خودارزیابی منفی تشکیل شده است. هر گویه بر اساس یک دامنه چهار درجه‌ای (از ۱: هیچ وقت تا ۴: همیشه) نمره گذاری می‌شود. در این مطالعه صرفاً از خرده مقیاس افکار خودکشی و خودارزیابی منفی استفاده شده و دامنه نمره افکار خودکشی بین ۳ تا ۱۲ قرار دارد و دامنه نمره خودارزیابی منفی بین ۵ تا ۲۰ قرار دارد و نمره بالاتر نشان دهنده افکار خودکشی و خودارزیابی منفی بیشتر است. آلفای کرونباخ نمره کل در این پرسشنامه ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (Cull & Gill, 1989). آلفای کرونباخ برای کل ماده‌ها در این ابزار برای گروه نوجوانان ۰/۹۱ گزارش شده است (Eltz, Evans, Celio, Dyl, & Hunt, et al, 2007). اسکین (Eskin, 1993) در مطالعه ۴۱ دانشجو (۲۷ زن و ۱۴ مرد)، روایی همگرای پرسشنامه احتمال خودکشی، با محاسبه رابطه زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر تایید شد و همبستگی ۰/۳۷ تا ۰/۷ معنا دار بدست آمد و میزان رابطه نمره کل مقیاس با خرده مقیاس‌های نامیدی، افکار خودکشی، خصومت/پرخاشگری و خودارزیابی منفی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۱، ۰/۷ و ۰/۶۸ بدست آمد. در ایران بر روی ۴۰۰ نوجوان دبیرستانی دختر ۱۴-۱۷

#### جدول ۱. ساختار جلسات شناخت درمانی مبتنی توجه آگاهی

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار، مروری بر افسردگی، هدایت خودکار و نقش آن در افکار و فعالیت‌های روزانه به همراه معرفی شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی
جلسه ۲	آموزش توجه آگاهی: آموزش تمایز بین احساس و افکار، آگاه شدن کامل از افکار و احساسات، آگاهی از اینکه احساسات منفی پایدار نیستند
جلسه ۳	سروکار داشتن با موانع: ارتباط میان افکار و احساسات (با تاکید بر افکار مربوط به ناامیدی و درماندگی)، تنفس ذهن آگاهانه و آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی و خودکشی
جلسه ۴	توجه آگاهی تنفس: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن وارسی بدن، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی

مربوط به خودکشی	
جلسه ۵	باقی ماندن در لحظه حال: توجه آگاهی مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن با توجه آگاهی، محدود و گسترش دادن توجه، تاکید بر پی بردن به ذهن سرگردان و نقش آن در ایجاد افکار منفی
جلسه ۶	پذیرش و اجازه دادن: آگاهی از تنفس و بدن، مراقبه نشستن، بررسی افکار و تحریف‌های شناختی، ایجاد یک رابطه متفاوت با تجربه و بیان نقش مهم پذیرش در مواجهه با رویدادها و تفاوت آن با تسلیم
جلسه ۷	افکار واقعیت نیستند: تمایز فکر از واقعیت، تجربه و مرور یک رویداد از نظر فکری و از نظر واقعی، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین
جلسه ۸	تمرین آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ها، تمرین ارتباط بین فعالیت و خلق
جلسه ۹	تمرین واریسی بدن، چگونگی استفاده از آموخته‌ها در موقعیت‌های بیرونی، چگونگی پی بردن به نشانه‌های عود، استفاده از آنچه یاد گرفته شده در جلسات پیشین برای رویارویی با افکار خودآیند منفی و افکار خودکشی
جلسه ۱۰	مروری بر جلسات گذشته و خلاصه بندی: کمک به بیمار جهت استفاده از برنامه ریزی فعالیت‌ها برای رویارویی با خطر عود

**درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی (RFCBT):** این درمان توسط واتکینز (Watkins, 2016) و بر اساس اصول درمان شناختی رفتاری و با تمرکز ویژه بر اندیشناکی بوجود آمد که با تکیه بر اصول تحلیل کارکردی، تمرین‌های تجربی و تجسمی، به همراه آزمایش‌های رفتاری به دنبال سبکی از تفکر کارآمد و سازگار است، که در آن به اصلاح فرآیندهای ذهنی پرداخته می‌شود (Watkins, 2016). این درمان در قالب ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمای کتاب درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی برای افسردگی (Watkins, 2016) جدول ۲. اجرا شد.

#### جدول ۲. ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار و بررسی مختصر تاریخچه رشدی به همراه مروری بر افسردگی و معرفی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی
جلسه ۲	تمرین و آموزش شناسایی اندیشناکی، اجتناب و علائم هشدار دهنده این موارد در قالب تکالیف خانه
جلسه ۳	اجرای تحلیل کارکردی به منظور بررسی بافت، زمینه و کارکرد اندیشناکی و اجتناب
جلسه ۴	طرح‌های اگر-آن‌گاه که شامل تمرین پاسخ‌های سازگاران تر و مفید در مقابل نشانه‌های هشدار دهنده به جای اندیشناکی هستند (مانند رفتارهای آشکار و یا استفاده از تمرین تصویر سازی و تجسم)
جلسه ۵	آموزش حرکت از سوی سبک فکر کردن انتزاعی و ناکارآمد به سبک تفکر خاص و سازگاران و عینی
جلسه ۶	آزمایش کردن با هدف کارآیی اندیشناکی، و ارزیابی اثر بخشی راه کارهای جایگزین مانند آزمایش «چرا-چگونه» که در آن بیمار به مقایسه سبک تفکر انتزاعی (مانند «چرا این برای من اتفاق افتاد؟») با سبک تفکر عینی (برسیدن این که «چطور این اتفاق افتاد؟») می‌پردازد
جلسه ۷	افزایش فعالیت و کاهش اجتناب، شامل ایجاد برنامه‌های عملی (فعالیت‌ها تا جایی که ممکن است باید روشن و صریح باشند و تغییرات رفتاری ایجاد کنند) و آموزش و تمرین‌هایی برای جرات مندی و حل مسئله
جلسه ۸	استفاده از آزمایش‌های رفتاری و تصویر سازی با هدف آزمودن اثربخشی مدیریت توجه به جای اندیشناکی. این تمرین‌ها شامل خاطرات مثبت «جذب-تمرکز» و تمرین شفقت می‌باشند.
جلسه ۹	تمرکز بر ارزش‌های بیمار به منظور کاهش اندیشناکی در مورد حوزه‌های بی ارزش و تشویق وی به فعالیت در زمینه‌های منطبق بر ارزش‌های شخصی بدون گیر افتادن در افکار ناسازگاران
جلسه ۱۰	مقاوم سازی با هدف آموزش پیشگیری از عود، شناسایی نشانه‌های عود و چگونگی رو به رو شدن با افکار خود آیند

منفی جهت غلبه بر اندیشناکی و خطرات مربوط به افکار خودکشی

**یافته‌ها**  
 سال و میانگین سنی کل افراد برابر ۱۶/۹ بدست آمد. لازم به ذکر است اکثر در پایه ۱۰ و ۱۱ در حال تحصیل بودند. شناختی مبتنی بر توجه آگاهی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی و گروه کنترل به ترتیب برابر ۱۶/۸، ۱۷/۳ و ۱۶/۸ شاخص‌های توصیفی مولفه‌های شناختی خودکشی خود ارزیابی منفی و افکار خودکشی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی افکار خودکشی و خود ارزیابی منفی

گروه	مولفه شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کنترل	میانگین	۹/۷۰	۸/۲۲	۸/۱۱	۱۶/۶۷	۱۶/۳۳	۱/۴۱	۱/۴۱
	خطای استاندارد	۱/۱۶	۱/۲۰	۱/۲۰	۱/۳۷	۱/۴۱	۱/۴۱	۱/۴۱
شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	میانگین	۱۰/۱۰	۵/۱۱	۵/۲۲	۱۵/۴۰	۸/۳۳	۱/۹۴	۱/۷۰
	خطای استاندارد	۱/۲۰	۱/۲۰	۱/۰۳	۱/۴۳	۱/۹۴	۱/۷۰	۱/۷۰
درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی	میانگین	۹/۶۰	۵/۲۲	۵/۳۶	۱۵/۲۰	۹/۱۱	۱/۴۵	۱/۰۳
	خطای استاندارد	۱/۵۸	۱/۰۳	۰/۶۶	۱/۲۳	۱/۴۵	۱/۰۳	۱/۰۳

جهت تحلیل داده‌ها از دو تحلیل کوواریانس در دو مرحله گرفته شد که در ادامه مفروضه‌های آن بررسی می‌شود. نمرات پس آزمون و پیگیری با کووریت پیش آزمون بهره

جدول ۴- آزمون نرمال بودن (شاپیرو-ویلک) متغیر افکار خودکشی، خودارزیابی منفی

گروه	زمان	افکار خودکشی		خود ارزیابی منفی	
		P	آزمون	P	آزمون
کنترل	پس آزمون	۰/۹۴	۰/۵۶	۰/۸۷	۰/۱۱
	پیگیری	۰/۹۵	۰/۸۲	۰/۹۱	۰/۳۲
شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	پس آزمون	۰/۹۵	۰/۷۲	۰/۹۴	۰/۶۳
	پیگیری	۰/۹۰	۰/۲۴	۰/۹۱	۰/۲۹
درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی	پس آزمون	۰/۹۰	۰/۲۴	۰/۹۰	۰/۲۴
	پیگیری	۰/۸۵	۰/۰۵	۰/۹۳	۰/۵۱

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول ۴- حاکی از نرمال بودن متغیرهای این پژوهش در سه گروه آزمایش (دو گروه آزمایش) و کنترل بود. جهت بررسی برابری ماتریس‌های کواریانس نمرات پس آزمون، آماره ام باکس ( $F(6, 1813892) = 1/077, P=0/37$ ) برابر  $7/24$  بدست آمد که حاکی از تایید استفاده شد.

جدول ۵- آزمون لامبدای ویلکز در اثر بین گروهی مولفه‌های خودارزیابی منفی و افکار خودکشی

متغیر	مقدار	آماره F	درجه آزادی	درجه آزادی	خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون خودارزیابی منفی	۰/۷۳	۴/۴۶	۲	۲	۲۴	۰/۰۲۳	۰/۲۷
	۰/۸۴	۲/۱۹	۲	۲	۲۴	۰/۱۳۴	۰/۱۵
	۰/۰۷	۳۱/۲۵	۴	۴	۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲
پیش آزمون افکار خودکشی	۰/۹۸	۰/۱۹	۲	۲	۲۴	۰/۸۲	۰/۰۱۶
	۰/۸۱	۲/۶۹	۲	۲	۲۴	۰/۰۸	۰/۱۸
	۰/۱۱	۲۵/۰۵	۴	۴	۴۶	۰/۰۰۰	۰/۸۹

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در هر یک از دو تحلیل کواریانس در جدول ۵ مبین معنی داری اثر گروه بود. در بررسی برابری واریانس‌های خطا در تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون، نتایج آزمون لون برای متغیر خود ارزیابی منفی ( $F(2, 27) = 0/059, P=0/94$ ) و افکار خودکشی ( $F(2, 27) = 0/24, P=0/78$ ) در سطح  $0/01$  غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. علاوه بر آن نتایج آزمون لوین در تحلیل کواریانس نمرات دوره پیگیری، برای متغیر خود ارزیابی منفی ( $F(2, 27) = 0/14, P=0/86$ ) و افکار خودکشی ( $F(2, 27) = 2/85, P=0/075$ ) در سطح  $0/01$  نیز غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. در بررسی اثر گروه، نتایج جدول ۶ نشان داد اثر گروه در هر دو متغیر در هر دو تحلیل نمرات پس آزمون و نمرات پیگیری معنادار بوده است.

جدول ۶- آزمون تحلیل کواریانس در ارتباط با خود ارزیابی منفی و افکار خودکشی

نمره	منبع تغییرات	متغیر	مجموع مربعات نوع ۴	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P	مجذور اتا
عرض از مبدا	خودارزیابی منفی	۰/۷۸	۱	۰/۷۸	۰/۵۱	۰/۴۸	۰/۰۲	
		۰/۱۳	۱	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۰۰۵	
پیش آزمون	خودارزیابی منفی	۱۲/۹۰	۱	۱۲/۹۰	۸/۴۰	۰/۰۰۸	۰/۲۵	
		۰/۶۱	۱	۰/۶۱	۰/۵۸	۰/۴۵	۰/۰۲	
پیش آزمون افکار خودکشی	خودارزیابی منفی	۲/۶۸	۱	۲/۶۸	۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	
		۴/۷۵	۱	۴/۷۵	۴/۷۵	۰/۰۴	۰/۱۵	
گروه	خودارزیابی منفی	۳۵۶/۲۹	۲	۱۷۸/۱۴	۱۱۶/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱	
		۵۲/۱۸	۲	۲۶/۰۹	۲۴/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۶۶	
خطا	خودارزیابی منفی	۳۸/۳۹	۲۵	۱/۵۳				



			۱/۰۴	۲۵	۲۶/۱۴	افکار خودکشی	
عرض از مبدا			۷/۷۷	۱	۷/۷۷	خودارزیابی منفی	
	۰/۱۱	۰/۰۸	۳/۲۸				
	۰/۰۷	۰/۱۷	۱/۹۸	۱/۹۴	۱	۱/۹۴	افکار خودکشی
پیش آزمون			۰/۰۲	۱	۰/۰۲	خودارزیابی منفی	
	۰/۰۰۰	۰/۹۲	۰/۰۱				
خودارزیابی منفی			۰/۴۱	۱	۰/۴۱	افکار خودکشی	
	۰/۰۱۶	۰/۵۳	۰/۴۱				
پیش آزمون افکار خودکشی			۱۰/۳۳	۱	۱۰/۳۳	خودارزیابی منفی	
	۰/۱۴۹	۰/۰۴	۴/۳۷				
خودکشی			۰/۷۳	۱	۰/۷۳	افکار خودکشی	
	۰/۰۲۹	۰/۳۹	۰/۷۴				
گروه			۱۷۳/۸۳	۲	۳۴۷/۶۷	خودارزیابی منفی	
	۰/۸۵	۰/۰۰۰	۷۳/۵۰				
	۰/۶۴	۰/۰۰۰	۲۲/۲۸	۲/۱۸۶	۲	۴۳/۷۲	افکار خودکشی
خطا			۲/۳۶	۲۵	۵۹/۱۲	خودارزیابی منفی	
			۰/۹۸	۲۵	۲۴/۵۲	افکار خودکشی	

به منظور بررسی پایدار بودن اثر بخشی مداخلات در دوره پیگیری نیز، تفاوت دو بدوی گروه‌ها در ارتباط با نمرات دوره پیگیری مجدد بررسی شد. نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۷ نشان داد بین میانگین نمرات پیگیری شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی با گروه کنترل برای افکار خودکشی و خودارزیابی منفی تفاوت معناداری وجود داشت که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است و فرضیه دوم تایید شد، اما بین دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی برای افکار خودکشی و خودارزیابی منفی تفاوت معناداری بدست نیامد که حاکی از رد شدن فرضیه اول بود.

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر برای نمرات پس آزمون از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج جدول ۷ نشان داد بین دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی برای افکار خودکشی و خودارزیابی منفی تفاوت معناداری وجود نداشت، که نشان داد بین اثربخشی گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود نداشت و فرضیه اول رد شد. اما بین میانگین نمرات پس آزمون شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی با گروه کنترل برای افکار خودکشی و خودارزیابی منفی تفاوت معناداری بدست آمد که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است و فرضیه دوم تایید شد.

جدول ۷- آزمون بنفرونی در مقایسه تفاوت میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های مورد مطالعه در دو مرحله نمرات پس آزمون و

#### پیگیری

گروه	خود ارزیابی منفی			افکار خودکشی		
	تفاوت	خطای	P	تفاوت	خطای	P
کنترل	۷/۹۳*	۰/۵۸	۰/۰۰۰	۳/۱۶	۰/۴۸	۰/۰۰۰
شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی						
درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی	۷/۸۱*	۰/۵۹	۰/۰۰۰	۲/۸۲	۰/۴۹	۰/۰۰۰
شناخت درمانی	-۰/۱۲	۰/۵۶	۱	-۰/۳۳	۰/۴۶	۱

مبتنی بر توجه آگاهی					
متمرکز بر اندیشناکی					
۰/۰۰۰	۰/۴۶	۲/۸۷*	۰/۰۰	۰/۷۵	۸/۲۱*
شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی					
کنترل					
مبتنی بر توجه آگاهی					
متمرکز بر اندیشناکی					
۰/۰۰۰	۰/۴۷	۲/۶۱*	۰/۰۰	۰/۷۳	۷/۱۹*
درمان شناختی رفتاری					
مبتنی بر توجه آگاهی					
متمرکز بر اندیشناکی					
۱	۰/۴۵	-۰/۲۵	۰/۴۶	۰/۶۹	-۱/۰۲
شناخت درمانی					
مبتنی بر توجه آگاهی					
متمرکز بر اندیشناکی					

یگیری

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی در کاهش مولفه‌های خود ارزیابی منفی و افکار خودکشی در میان نوجوانان دختر و افسرده اقدام کننده به خودکشی انجام گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی بر کاهش خود ارزیابی منفی و افکار خودکشی دختران نوجوان تاثیر معنی داری داشته است.

نتایج این پژوهش در رابطه با تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر افسردگی و خود ارزیابی منفی با مطالعات متعددی ( Pepping, O'Donovan, & Davis & et al, 2013; Segal et al, 2020; Farb et al, 2018) همخوان و همسو است. اگر چه مطالعات مذکور تنها در ارتباط با مداخله توجه آگاهی انجام شده بود و به طور کلی نشانه‌های افسردگی را آماج قرار داده بود، لیکن این مطالعه به بررسی اختصاصی تغییرات مولفه شناختی خودکشی و افسردگی یعنی خودارزیابی منفی پرداخته است ( Orchard & Reynolds, 2018; Goodyer, Reynolds, & et al, 2017). در تبیین این نتایج می‌توان گفت بیشترین تغییرات شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در حوزه ارتباط شخص با خود است، به طوری که شخص کمتر در مورد خود قضاوت می‌کند، ارزیابی‌های منفی از خود کاهش می‌یابد و خود دلسوزی شخص نیز افزایش پیدا می‌کند ( Schanche, Vøllestad, Visted, )

(Svendsen, Osnes, Schanche & et al, 2020). علاوه بر آن در کنار خود آگاهی، عناصر دیگری از جمله عدم چالش با افکار، پذیرش و عدم همجوشی شناختی باید وجود داشته باشند تا به کاهش خود ارزیابی منفی منجر گردد، که در این بین نقش پذیرش بسیار مهم است که در شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بعنوان یک هسته مرکزی مطرح است (Lindsay, Chin, Greco, Young, Brown, & et al, 2018). به هر حال توجه آگاهی در افراد خودکشی گرا باعث می‌شود آنها در شرایط سخت کمتر به قضاوت خود بپردازند و انعطاف پذیری بیشتری از خود نشان بدهند ( Luoma & Villatte, 2012). اگرچه در مورد درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی پژوهشی وجود ندارد که به طور مستقیم خود ارزیابی را مورد مطالعه قرار دهد لیکن، چون اندیشناکی افسرده ساز به ارزیابی‌های خود انتقادی و قضاوت گرایانه منجر می‌گردد، شفقت به خود باعث احساس گرمی، مهربانی و حمایت از خود می‌گردد (Watkins, 2016) و بدین دلیل اندیشناکی به طور مستقیم مورد هدف قرار می‌گیرد. شواهد نشان می‌دهد سبک فکری انتزاعی در اندیشناکی و افسردگی به قضاوت از خود (خود ارزیابی منفی) منجر می‌گردد در حالیکه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی با پرداختن به سبک فکری عینی و با تمرکز بر زمینه و بافت مشکلات، احساسات و افکار از گیر افتادن شخص در تله‌ها از جمله خود ارزیابی منفی جلوگیری می‌کند (Watkins, 2008). به هر حال نکته قابل تامل این است که هر دو مداخله درمان شناختی

لحظه زندگی افزایش یابد. به هر حال مشخص شده است که اندیشناکی فاکتور خاصی برای ابتلا به افسردگی در دوران بلوغ و نوجوانی است (Wilkinson et al, 2013) و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی از طریق آگاهی لحظه لحظه از افکار، رفتار و حس‌های بدنی به کاهش اندیشناکی منجر می‌شود (Segal et al, 2002). لذا رابطه تنگاتنگی بین توجه آگاهی و اندیشناکی وجود دارد و اگر چه مطالعه‌ای به طور مستقیم به تاثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی بر روی افکار خودکشی نپرداخته است، لیکن قابل انتظار است که آموزش سبک تفکر عینی، باعث توقف اندیشناکی و کاهش افکار خودکشی گردد (Watkins, 2016). در مجموع می‌توان گفت مداخلات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی می‌تواند در افسردگی و افراد خودکشی گرا از طریق دو عامل مهم اثرگذار باشد، یکی از طریق کاهش اندیشناکی (Watkins et al, 2012) و دیگری از طریق نگاهی متفاوت به افکار انداختن و آنها را واقعیت محض ندانستن (Segal et al, 2002). در مجموع درمانی که باعث کاهش اندیشناکی و افزایش توجه برگردانی مثبت شود، می‌تواند شیوع و عود افسردگی را در نوجوانان کاهش دهد و این کاری است که درمان‌های پذیرش محور مانند شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری انجام می‌دهند (Wilkinson, Croudace, & Goodyer, & et al, 2013). در پایان براساس اثربخشی مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی پیشنهاد می‌شود این دو مداخله در کاهش خودارزیابی منفی و افکار خودکشی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی که از بیمارستان ترخیص شدند، در مراکز درمانی و مشاوره به کار برده شود. از سوی دیگر پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی بررسی مداخلات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر عوامل تعدیل کننده رفتاری خودکشی چون رفتارهای تکانشگری، علاوه بر مولفه‌های افکار خودکشی و خودارزیابی منفی بررسی گردد. همچنین با توجه به انجام این مطالعه در دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۹ ساله، پیشنهاد می‌گردد که در سنین جوانی و میانسالی و همچنین به طور مجزا در زنان و مردان

رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی با مکانیسم‌های متفاوت مشروح بدون برتری می‌توانند خودارزیابی منفی را کاهش دهد که این مداخلات می‌تواند بسته به نوع توانمندی افراد با یک میزان اثربخشی انتخاب و به کار برده شود.

افزون بر آن نتایج این پژوهش در رابطه با تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر افکار خودکشی با نتایج مطالعات متعددی (Hajjaliani, Bahrami Ehsan, & Noferesti, 2020; Hanasabzadeh, Yazdandoost, Asgharnejad Farid, & Gharaei, 2011) همخوان است. نتایج نیز نشان داد که درمان شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی می‌تواند نقایص شناختی را در بیماران افسرده، بویژه در کسانی که افکار خودکشی و اقدام به خودکشی دارند، بهبود ببخشد (Chesin, Benjamin-Phillips, Keilp, Fertuck, & et al, 2016). اگر چه در مطالعه دیگری نیز اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در کاهش افکار خودکشی نشان داده شد (Hajjaliani et al, 2020)، اما نمونه‌های این مطالعه اقدام به خودکشی نکرده بودند. در مطالعه دیگری (Hanasabzadeh, Yazdandoost, Asgharnejad Farid, Gharaei, & et al, 2011) نیز اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی روی بیماران افسرده خودکشی گرا در کاهش افسردگی و افکار خودآیند منفی نشان داده شد، اما بر خلاف این مطالعه، به طور مستقیم تداوم افکار خودکشی را بعد از اقدام به خودکشی آماج قرار نگرفته بود. همچنین همخوان با پژوهش مذکور در مطالعه دیگری (Raj et al, 2019) نیز در نمونه نوجوان لیکن با مدل CBT مبتنی بر توجه آگاهی، اثربخشی آن بر تمرکز حواس و در نتیجه تغییر افکار خودکشی و افسردگی در نوجوانان نشان داده شد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی از طریق آموزش توجه آگاهی و بازسازی شناختی (Fortuna, Porche, & Padill, 2018) مورد استفاده در شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند باعث می‌شود چرخه افکار منفی (اندیشناکی) کاهش یابد (van Aalderen, Donders, Giommi, Spinhoven, Barendregt, & et al, 2012) و از سوی دیگر آگاهی از لحظه

- properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Butter, S., Shevlin, M., & Murphy, J. (2019). Negative self-evaluation and the genesis of internal threat: beyond a continuum of suicidal thought and behaviour. *Psychological medicine*, 49(15), 2591–2599.
- Chesin, M.S., Benjamin-Phillips, C.A., Keilp, J., Fertuck, E.A., Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2016). Improvements in executive attention, rumination, cognitive reactivity, and mindfulness among high-Suicide risk patients participating in adjunct mMindfulness-Based Cognitive Therapy: Preliminary Findings. *Journal of alternative and complementary medicine* (New York, N.Y.), 22(8), 642–649.
- Cull, J.G., & Gill, W.S. (2002). *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Service.
- Eltz, M., Evans, A.S., Celio, M., Dyl, J., Hunt, J., Armstrong, L., & Spirito, A. (2007). Suicide probability scale and its utility with adolescent psychiatric patients. *Child psychiatry and human development*, 38(1), 17–29.
- Eskin, M. (1993). Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 515-22.
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., Gulamani, T., Williams, G., Ferguson, A., & Segal, Z.V. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200-204.
- Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M., & Dabson, K. (2005). Assignment structures/Schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing frameworks. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 11(3), 312-326. (Persian)
- نیز به بررسی مقایسه‌ای درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی پرداخته شود. افزون بر آن پیشنهاد می‌شود شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی در مراکز درمانی برای بهبود افکار خودکشی و خودآزاری منفی و کاهش اقدام به خودکشی نوجوانان افسرده بستری بکار برده شود. از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه کوتاه بودن دوره پیگیری، عدم دسترسی به تمام آزمودنی‌ها در یک زمان و استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی در دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۹ سال اقدام‌کننده به خودکشی است.
- ### سپاسگزاری
- این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی در رشته روانشناسی بالینی می‌باشد. نویسندگان این مقاله از پرستاران محترم دو بخش اورژانس بیمارستان‌های ثامن الائمه و امام حسن(ع) بجنورد نهایت تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین بر خود لازم می‌دانند از ریاست محترم بیمارستان ثامن الائمه و مسئول محترم واحد آموزش بالینی آن مرکز، جهت همکاری و در اختیار قرار دادن محیط مناسب و اتاق درمان تقدیر و تشکر نمایند.
- ### منابع
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bessette, K.L., Jacobs, R.H., Heleniak, C., Peters, A.T., Welsh, R.C., Watkins, E.R., & Langenecker, S.A. (2020). Malleability of rumination: An exploratory model of CBT-based plasticity and long-term reduced risk for depressive relapse among youth from a pilot randomized clinical trial. *Public Library of Science*, 15(6), e0233539.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiapetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric

- Therapy on reducing Suicidal ideations and increasing self-compassion in students. *Frooyesh*, 9 (5), 147-154. (Persian)
- Hanasabzadeh, M., Yazdandoost, R., Asgharnejad Farid, A.A., & Gharaei, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: A qualitative study. *Journal of Behavior Sciences*, 5(1): 33-38. (Persian)
- Hvenegaard, M., Moeller, S., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S., Kistrup, M., Rosenberg, N.G., Howard, H., & Watkins, E.R. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: Phase II trial. *Psychological Medicine*, 50 (1), 11-19.
- Jury, T.K., & Jose, P.E. (2019). Does rumination function as a longitudinal mediator between mindfulness and depression? *Mindfulness* 10(6), 1091-1104.
- Law, K.C., & Tucker, R.P. (2018). Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration. *Current opinion in psychology*, 1(22), 68-72.
- Lim, G.Y., Tam, W.W., Lu, Y., Ho, C.S., Zhang, M.W., & Ho, R.C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 2861.
- Lindsay, E.K., Chin, B., Greco, C.M., Young, S., Brown, K.W., Wright, A., Smyth, J.M., Burkett, D., & Creswell, J.D. (2018). How mindfulness training promotes positive emotions: Dismantling acceptance skills training in two randomized controlled trials. *Journal of personality and social psychology*, 115(6), 944-973.
- Luoma, J.B., & Villatte, J.L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 265-276.
- Lobbetael J, Leurgans M, & Arntz A. (20011). Interrater reliability of the structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 18(1): 75-79.
- Mullarkey, M.C., Marchetti, I., & Beevers, C.G. (2019). Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *Journal of*
- Fazakas-DeHoog, L.L., Rnic, K., & Dozois, D. (2017). A Cognitive distortions and deficits model of suicide ideation. *Europe's journal of psychology*, 13(2), 178-193.
- Feldhaus, C.G., Jacobs, R.H., Watkins, E.R., Peters, A.T., Bessette, K.L., & Langenecker, S.A. (2020). Rumination-focused Cognitive Behavioral Therapy decreases anxiety and increases bahavioral activation among remitted adolescents. *Journal of child and family studies*, 29(27), 1982-1991.
- First, M.B., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S., & Spitzer, R.L. (2016). *Structured cClinical Interview for DSM-5 Disorders, clinical version (Scid-5-CV)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association. Translated by: Tina Shadloo., Samaneh Karimian., & Behrang Shadloo, Tehran: Ebnesina.
- Fortuna, L.R., Porche, M.V., & Padilla, A. (2018). A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and psychotherapy*, 91(1), 42-62.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401-1408.
- Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Kearney, D.J., & Simpson, T.L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(6), 445-462.
- Goodyer, I.M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., & Roberts, C. (2017). Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): A multicentre, pragmatic, observer-blind, randomized controlled trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 21(12), 1.
- Hajjaliani, V., Bahrami Ehsan, H., & Noferesti, A. (2020). The effect of Mindfulness-Based Cognitive

- relapse – a randomized wait-list controlled trial. *BMC psychology*, 8(57)1-16.
- Segal, Z.V., Dimidjian, S., Beck, A., Boggs, J.M., Vanderkruik, R., Metcalf, C.A., Gallop, R., Felder, J.N., & Levy, J. (2020). Outcomes of online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with residual depressive symptoms: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(6), 563–573.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford press.
- Shallcross, A.J., Gross, J.J., Visvanathan, P.D., Kumar, N., Palfrey, A., Ford, B.Q., Dimidjian, S., Shirk, S., Holm-Denoma, J., Goode, K.M., & Cox, E. (2015). Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5), 964–975.
- Sharifi, V., Asadi, S.M., Mohammadi, M.R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., Davari Ashtiani, R., Hakim Shoushtari, M., & Sedigh, A. (2004). Reliability and Feasibility of the Persian Version of the Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences*, 6 (1 and 2), 10-22. (Persian)
- Sharifian, M., Lavasani, M., Ejei, J., Taremian, F., Amrani, K. (2011). The relationship among classroom community, attitude toward parents, anxiety disorders and depression with adolescent suicide probability. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 520-525. (Persian)
- Teismann, T., von Brachel, R., Hanning, S., Grillenberger, M., Hebermehl, L., Hornstein, I., & Willutzki, U. (2014). A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination-focused group treatment for residual depression. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(1), 80–90.
- Topper, M., Emmelkamp, P.M., Watkins, E.R., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A *Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 656-668.
- Orchard, F., Pass, L., & Reynolds, S. (2019). 'I am worthless and kind'; the specificity of positive and negative self-evaluation in adolescent depression. *The British journal of clinical psychology*, 58(3), 260–273.
- Orchard, F., & Reynolds, S. (2018). The combined influence of cognitions in adolescent depression: Biases of interpretation, self-evaluation, and memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 420–435.
- Parmentier, F.B.R., Garcia-Toro, M., Garcia-Campayo, J., Yanez, A.M., Andres, P., & Gili, M. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression. *Frontiers in Psychology*, 10, 506.
- Pepping, C.A., O'Donovan, A & Davis, P.J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 376-386.
- Raj, S., Sachdeva, S.A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y.K., & Verm, S.K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 58-62.
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British journal of psychiatry: journal of mental science*, 212(5), 279–286.
- Rimes, K.A., & Watkins, E.D. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1673-1681.
- Sarmad, Z., Bazargan, A., & Hejazi, E. (2014). *Research methods in behavioral science*. Tehran: Agah Publication. (Persian)
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J.L., Osnes, B., Binder, P.E., Franer, P., Sørensen, & L. (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive

- Guilford Press. Translated by: Elham Eshtad, Tehran: Ebnesina.
- Watkins E.R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*, 134(2), 163–206.
- Watkins, E.R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., Eastman, R., & Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(4), 317–322.
- Watkins, E.R., Taylor, R., Byng, R., Baeyens, C., Read, R., Pearson, K., & Watson, L. (2012). Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: A Phase II randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(7), 1359-1371.
- Wilkinson, P.O., Croudace, T.J. & Goodyer, I.M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-9.
- randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 1(90), 123–136.
- Uddin, R., Burton, N.W., Maple, M., Khan, S.R., & Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet. Child & adolescent health*, 3(4), 223–233.
- Van Aalderen, J.R., Donders, A.R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H.P., & Speckens, A.E. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(5), 989–1001.
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-9.
- Watkins, E.R. (2016). *Rumination-Focused cognitive-behavior therapy for depression*. New York: