

## Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness treatment on distress tolerance and suicidal ideation in adolescents with suicidal thoughts

Babae, Z., Sabet, \*M., Mansoobifar, M., borjali, M., mashayekh, M.

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای افکار خودکشی

زینب بابایی<sup>۱</sup>، مهرداد ثابت<sup>۲</sup>، محسن منصوبی فر<sup>۳</sup>، محمود برجلی<sup>۴</sup>، مریم مشایخ<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۴

### چکیده

### Abstract

**Introduction:** This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness treatment on distress tolerance and suicidal ideation in adolescents with suicidal thoughts.

**Method:** The method of the study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included all adolescent students in Savojbolagh in 2019, among whom 60 eligible volunteers were included in the study based on the cut off of Beck Scale for Suicide Ideation and Distress Tolerance Scale by Simons & Gaher and were randomly divided into two experimental groups of cognitive-behavioral therapy and mindfulness and a control group so that there were 20 people in each group. Subjects answered Beck Scale for Suicide Ideation and Distress Tolerance Scale by Simons & Gaher for pretest and posttest. 6 sessions of cognitive-behavioral therapy based on Leahy intervention protocol and 6 sessions of mindfulness therapy based on Burdick intervention protocol were held for 90 minutes each for 2 experimental groups. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance, SPSS software and Bonferroni post hoc test.

**Results:** Statistical analysis showed that cognitive-behavioral therapy and mindfulness significantly increased distress tolerance ( $P=0.044$ ) and significantly reduced suicidal ideation ( $P<0.001$ ) in the experimental group compared to the control group.

**Conclusion:** According to the research findings, cognitive-behavioral therapy and mindfulness can be used to improve suicidal ideation and increase the distress tolerance of adolescents with suicidal ideation.

**Keywords:** adolescence, cognitive-behavioral therapy, distress tolerance, mindfulness, suicidal ideation.

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای افکار خودکشی بود.

**روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام دانش آموزان نوجوان شهر ساوجبلاغ در سال ۱۳۹۸ بودند که از میان آن‌ها تعداد ۶۰ نفر داوطلب واجد شرایط براساس خط برش مقیاس افکار خودکشی بک و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر وارد مطالعه شدند و در دو گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی و یک گروه گواه به صورت تصادفی تقسیم شدند به طوری که در هر گروه ۲۰ نفر قرار گرفتند. آزمودنی‌ها برای پیش آزمون و پس آزمون به مقیاس افکار خودکشی بک و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر پاسخ دادند. ۶ جلسه درمان شناختی رفتاری براساس پروتکل مداخله‌ای لیپی و ۶ جلسه درمان ذهن آگاهی براساس پروتکل مداخله‌ای بوردیک هر کدام به مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه برای ۲ گروه آزمایش برگزار شد. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، نرم افزار SPSS و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

**یافته‌ها:** تحلیل آماری نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی به افزایش معنادار تحمل پریشانی ( $P=0.044$ ) و کاهش معنادار افکار خودکشی ( $P<0.001$ ) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است.

**نتیجه‌گیری:** بنابر یافته‌های پژوهش، می‌توان برای بهبود افکار خودکشی و افزایش تحمل پریشانی نوجوان دارای افکار خودکشی، از درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی سود جست.

**واژه‌های کلیدی:** افکار خودکشی، تحمل پریشانی، درمان شناختی - رفتاری، ذهن آگاهی، نوجوانی.

## مقدمه

خودکشی<sup>۱</sup> خشمی که نسبت به خود ابراز می‌شود، به یک رفتار واحد اشاره ندارد، بلکه به‌طور گسترده‌ای به بسیاری از رفتارهای متنوع و پیچیده می‌پردازد و ممکن است شامل صحبت کردن در مورد اندیشه‌های خودکشی، قصدمندی، رفتارهای خودکشی‌گرا، اقدام به خودکشی یا غیره باشد. تلاش‌های فراوانی برای شناسایی عوامل خطری که منجر به اندیشه‌پردازی یا اقدام به خودکشی می‌شوند با هدف درک و فهم خودکشی و پیشگیری از آن صورت گرفته، با این حال هنوز خودکشی یکی از عوامل عمده مرگ‌ومیر در سراسر جهان است و از میزان آن کاسته نشده است، و شناسایی افرادی که از بیشترین عوامل خطر برای خودکشی برخوردارند دارای اهمیت فراوانی است (۱). درک متداول‌ترین انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌تواند مدل‌های مفهومی خودکشی را غنی و طراحی برنامه‌های پیشگیری و مداخله در خودکشی را تسهیل کند (۲).

خودکشی پدیده چندعلیتی بالینی با عوامل خطر پیچیده زیستی، اجتماعی و روانشناختی است که برای پایان دادن به درد و رنج تحمل‌ناپذیر و طاقت‌فرسای زندگی که از افسردگی نیز خطرناک‌تر است رخ می‌دهد (۳). براساس نظریه فریاد و درد<sup>۲</sup> ویلیامز (۴) رفتار خودکشی‌گرا پاسخی به موقعیت‌های فشارزا است که احساس شکست را برمی‌انگیزد و اجتناب‌ناپذیر در نظر گرفته می‌شود. عوامل روانشناختی مانند اعتقاد به این‌که فرد نمی‌تواند به‌طور مؤثر مشکلات خود را حل کند، به افزایش درماندگی و ناامیدی منجر می‌شود. این نظریه‌پردازان پیشنهاد کرده‌اند اگرچه بعضی از رفتارهای خودآسیب‌رسان ممکن است با انگیزه مردن صورت نگیرند، اما انگیزه مشترک در این رفتارها فرار از شرایط غیرقابل تحمل و رنج و درد روانی است. در این راستا، هاوکینز و همکاران (۵) چنین پیشنهاد کردند که تجربه رویدادهای دردناک و تحریک‌کننده میانجی‌گر رابطه بین خشم با اندیشه‌پردازی و رفتار خودکشی است. براساس مدل شناختی خودکشی مسیر اصلی خودکشی شناخت است (معنای خصوصی که شخص به آن می‌دهد). خودکشی‌گرایی نسبت به معنای ناسازگارانه‌ای که شخص در رابطه با خود،

بافت محیطی و آینده ساخته و پرداخته می‌کند، ثانوی محسوب می‌شود (۶). آسیب‌پذیری شناختی<sup>۳</sup> منجر به ادراک ضعیف از رویدادهای تنش‌زا، ادراک تحمل‌ناپذیری / ناتوانی در مقابله با رویدادهای با پریشانی و رویدادهای منفی و موقعیت‌های بحرانی می‌شود (۷). در این راستا، حیدری‌نژاد و همکاران (۸) چنین پیشنهاد کردند که افزایش مهارت تحمل پریشانی<sup>۴</sup> می‌تواند سبب کاهش تمایل به خودکشی در افراد در معرض خطر گردد.

تحمل پریشانی، به‌عنوان توانایی ادراک شده برای تحمل حالت‌های هیجانی برانگیخته تعریف شده، بیانگر ارزیابی و انتظارات یک فرد در مورد الف) میزان بی‌اعتمادی و تحمل‌پذیری نسبت به هیجان‌ها، ب) پذیرش هیجان‌ها، ج) نیاز به راهبردهای تنظیم هیجان برای جلوگیری یا کاهش شدت یک هیجان، و د) میزانی که هیجان‌ها منابع توجه را جذب می‌کنند و باعث اختلال در رفتار می‌شوند، است (۹). افراد با سطوح پایین‌تر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (۱۰). تحمل پریشانی منشأ بیولوژیکی، اکتسابی و محیطی دارد. تفاوت‌های فردی در زمینه‌های بیولوژیکی باعث تجربه واکنش و شدت احساسی می‌شود که ممکن است پریشانی را برای تحمل سخت‌تر نماید. فرض بر این است که شدت و واکنش احساسی زیاد باعث این می‌شود که پریشانی به‌عنوان یک پدیده تهدیدزاد و غیرقابل تحمل تصور شود که به تلاش‌هایی برای اجتناب از پریشانی منجر می‌شود. تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرآیندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشان‌کننده اثر بگذارد یا تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرد (۱۱). براساس رویکرد شناختی - رفتاری<sup>۵</sup> نوع احساس آدم‌ها به نحوه تعبیر و تفکر آن‌ها درباره موقعیت‌ها ربط دارد. فرض رویکرد شناختی - رفتاری که توسط بک ۱۹۶۷ و ایس

3. cognitive vulnerability

4. distress tolerance

5. cognitive behavior perspective

1. suicide

2. Cry of Pain Model

ذهن آگاهی برای حل و فصل مشکلات روانی نظیر استرس، افسردگی و نشخوار فکری، اضطراب، اختلال خواب، اعتیاد به مواد و... به کار گرفته شده است و پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این رویکرد در درمان این اختلال‌ها هستند (۱۸-۲۳). این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (۲۴). علاوه بر این، ذهن آگاهی امکان مقابله سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند (۲۵) و نسبت به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (۲۶). ذهن آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربه هیجان‌های دردآور و ناگوار ممانعت به عمل نمی‌آید (۲۷)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان‌ها به همان صورتی که هستند برخورد شود و مورد پذیرش قرار گیرند؛ در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می‌دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله‌ای سازنده و جدید استفاده کند (۲۸) و بدین ترتیب در این فرآیند فرد با تمرین توجه (۲۹) و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر مشکلاتش فائق می‌آید (۳۰).

در این راستا، بروکس و همکاران (۳۱) و راش و همکاران (۳۲) ذهن آگاهی را عاملی محافظت کننده در برابر افکار خودکشی معرفی کرده‌اند. زمستانی و همکاران (۳۳) چنین پیشنهاد کردند که می‌توان گروه‌درمانی شناختی رفتاری همراه با آموزش خانواده را به‌عنوان درمان گروهی اثربخش برای دختران دارای افکار خودکشی‌گرا به کار بست. جعفری و همکاران (۳۴) با مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی افراد افسرده چنین نتیجه گرفتند که هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری در بهبود علائم افسردگی، کیفیت زندگی و افکار خودکشی به یک اندازه تغییر ایجاد می‌کند. فورکمن و همکاران (۳۵) با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و سیستم

۱۹۵۸ ارائه شده این است که فرآیندهای شناختی مانند باورهای بی‌فایده، افکار غیر منطقی و ادراک تحریف شده، اساس درک و درمان اختلال‌های روانشناختی را تشکیل می‌دهد (۱۲). موقعیت به خودی خود نمی‌تواند چگونگی احساس آن‌ها را تعیین کند، واکنش‌های هیجانی به‌واسطه ادراک موقعیت اتفاق می‌افتد (۱۳) و از این‌رو چنین به نظر می‌رسد که به‌واسطه درمان شناختی رفتاری می‌توان تحمل پریشانی را افزایش داد. کانون شناخت‌درمانی، شناخت عقاید تحریف شده و تغییر تفکر ناسازگارانه به کمک برخی فنون است که شامل فنون رفتاری و عاطفی نیز می‌شود. در جریان این نوع درمان به افکاری که انسان‌ها از آن بی‌خبرند و نظام‌های اعتقادی توجه می‌شود (۱۴). درمان شناختی رفتاری برپایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می‌کند شناخت‌ها (شامل افکار، تصاویر، ادراک فرد از رویدادها، مفروضه‌ها و باورها) رابطه علی مستقیمی با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری دارد؛ هیجان‌های منفی در این رویکرد به‌عنوان الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و الگوهای پردازش اطلاعات سوءگیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی (همچنان‌که در افکار پارانوییدی و افراد افسرده دیده می‌شود) نگریسته می‌شوند. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می‌شوند که سوءگیری‌های نظام‌مند در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ‌های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند (۱۵).

به نظر می‌رسد از ذهن آگاهی<sup>۱</sup> موجب آگاهی و درک هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار منطبق بر اهداف به هنگام تجربه هیجان‌های منفی می‌شود، به طوری که تحقق اهداف فرد را برای فرد محقق می‌کند (۱۶) و از این‌رو در کاهش افکار خودکشی و افزایش تحمل پریشانی مؤثر باشد. ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. روانشناسی بالینی و روان‌پزشکی از دهه ۱۹۷۰ چندین برنامه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کمک به افرادی که شرایط مختلف روانی را تجربه می‌کنند، ارائه کرده است (۱۷).

#### 1. mindfulness

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش شامل تمام نوجوانان شهر ساوجبلاغ در سال ۱۳۹۸ بودند که طبق برآورد آموزش و پرورش شهر کرج تعداد دانش‌آموزان این ناحیه ۳۰۰۰۰ نفر بود. با توجه به این که ون وورهایس و مورگان حداقل حجم نمونه را برای پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده‌اند (۳۹)؛ با مراجعه به پرونده آن‌ها در مرکز مشاوره آموزش و پرورش و دعوت به عمل آمدن از آن‌ها برای شرکت در پژوهش، از میان تعداد ۳۰۰ نفر که در مرحله اولیه اعلام آمادگی کردند، تعداد ۶۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر) واجد شرایط با رضایت آگاهانه براساس ۵ سؤال غربالگری نخست مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، وارد مطالعه شدند و در دو گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی و یک گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل نمره بالاتر از خط برش در پرسشنامه خودکشی بک، عدم تشخیص اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی و وجود سابقه مصرف داروها، عدم استفاده همزمان بیمار از خدمات روانشناسی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن از جمله تیروئید، دیابت و سرطان و عقب ماندگی ذهنی و جسمی و معیارهای خروج شامل عدم شرکت در جلسات آموزشی به مدت دو جلسه بود.

### ابزار

۱. مقیاس افکار خودکشی بک<sup>۱</sup> (۱۹۷۹): پرسشنامه افکار خودکشی ساخته بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شده و شامل ۱۹ گویه است که شدت نشانه‌ها را براساس گروه جملات در یک طیف لیکرت سه درجه‌ای از ۰ تا ۲ نمره گذاری می‌شود و نمره بالاتر در این ابزار حاکی از افکار خودکشی بیشتر است (۴۰). بک و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و همبستگی این ابزار را با مقیاس افسردگی بک را در بیماران سرپایی و بستری به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۵۳ و همبستگی این ابزار را با مقیاس ناامیدی بک را در بیماران سرپایی و بستری به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۶۴ گزارش کردند (۴۱). اصفهانی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و همبستگی این ابزار را با

روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر ایده‌پردازی خودکشی افراد مبتلا به افسردگی مزمن نشان دادند هر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر کاهش ایده‌پردازی خودکشی و علائم افسردگی اثربخش بوده‌اند. در پژوهش امیرپور و زندی پیام (۳۶) نتایج نشان داد که ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی باعث افزایش تحمل پریشانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شد. کاظمی و همکاران (۳۷) آموزش ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افراد بدون تلاش در جهت هر نوع تغییر، صرفاً تجارب هیجانی خود را مشاهده و بپذیرند و از این جهت در افزایش تحمل پریشانی مؤثر است. ارتضایی و همکاران (۳۷) نیز بر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، بر تحمل پریشانی زنان اشاره داشته‌اند. کاربنتر و همکاران (۳۸) آموزش ذهن‌آگاهی را در افزایش تحمل پریشانی و کاهش گوش به زنگی دانشجویان مؤثر معرفی کرده‌اند.

با نگاهی بر آنچه مرور شد می‌توان گفت افکار خودکشی اختلالی چندبعدی و چندعلیتی است که از جمله پیش‌آمادگی‌های خودکشی به شمار می‌آید. در این میان رویکرد درمان شناختی رفتاری با تأکید بر افکار فرد و تمرکز بر شیوه تفکر او تلاش می‌کند تا با ایجاد تغییراتی در نگرش فرد و شیوه تفکر وی او را از دام خودکشی برهاند. بررسی پژوهش‌های مرتبط با هر دو مداخله حاکی از اثربخشی نسبی این رویکردها است با این حال، با در نظر گرفتن این موضوع که نوجوانانی که دارای افکار خودکشی هستند در وضعیت مهلکی قرار دارند و نیازمند مداخله فوری‌اند، بررسی اثربخش‌ترین رویکردها در درمان افکار خودکشی به‌ویژه در نوجوانان خودکشی‌گرا حائز اهمیت است. بنابراین، در این زمینه خلاء پژوهشی مشاهده می‌شود و بر اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌افزاید. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر تحمل پریشانی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای افکار خودکشی بود.

### روش

**طرح پژوهش:** روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود.

1. Beck Scale for Suicide Ideation

محتوایی و نظر ۵ نفر از اساتید هیأت علمی دانشگاه استفاده شد که حاکی از اعتبار بسته مورد نظر بود.

**روند اجرای پژوهش:** در پژوهش حاضر نوجوانان مراجعه کننده به هسته مشاوره آموزش و پرورش شهرستان ساوجبلاغ (شامل واحد مشاوره و مرکز مشاوره رازی که بالغ بر ده مشاور شاغل هستند) بودند که با مراجعه به پرونده آن‌ها و دعوت به عمل آمدن از آن‌ها برای شرکت در پژوهش، اهداف پژوهش برای این افراد تشریح شد و از بین افرادی که آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند براساس خط برش مقیاس افکار خودکشی بک افراد واجد شرایط وارد پژوهش شدند. برای شروع کار ابتدا با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته براساس DSM-5 تمامی گروه نمونه بررسی شدند و در ادامه پرسشنامه‌های افسردگی و افکار خودکشی جهت پاسخگویی در اختیار سه گروه قرار داده می‌شد و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد و در ادامه گروه آزمایش یک به مدت ۶ جلسه تحت درمان شناختی رفتاری، گروه آزمایش دو به مدت ۶ جلسه تحت درمان ذهن آگاهی و گروه گواه برنامه عادی روزانه خود را داشتند و هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند و یک هفته پس از اتمام درمان، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار سه گروه مورد مطالعه قرار داده شد و به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن و رازداری رعایت شد. نوجوانان به‌صورت شفاهی رضایت خود را اعلام داشتند و جهت اعلام رضایت کتبی فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود نوجوانان به پژوهش به آن‌ها ارائه شد که در منزل، والدین‌شان به آن پاسخ دهند. در پژوهش حاضر جهت توصیف و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس و خی دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، شاپیرو - ویلک، لون و روش گرینیهوس - گیسر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم‌افزار SPSS و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد.

خرده مقیاس افسردگی سیاهه تجدیدنظر شده نشانه‌های روانی - ۹۰ در نمونه‌هایی شامل ۵۳۵ نفر و ۵۱ نفر به ترتیب برابر با ۰/۵۷ و ۰/۵۰ گزارش کردند (۴۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۹ به دست آمد.

۲. مقیاس تحمل پریشانی<sup>۱</sup> سیمونز و گاهر (۲۰۰۵): مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر که در سال ۲۰۰۵ ساخته شده شامل ۱۵ گویه است و ۴ خرده‌مقیاس تحمل<sup>۲</sup>؛ ارزیابی<sup>۳</sup>؛ جذب<sup>۴</sup> و تنظیم<sup>۵</sup> را در یک طیف لیکرت از کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گویه ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این ابزار نمره پایین‌تر به معنای تحمل آشفتگی بیشتر است. سیمونز و گاهر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و همبستگی منفی معناداری را بین این ابزار با مقیاس عاطفه‌پذیری منفی (۲= -۰/۵۹)؛ مصرف الکل (۳= -۰/۲۳) و ماری‌جوانا (۲= -۰/۲۰) و همبستگی مثبت معناداری را بین این ابزار با مقیاس عاطفه‌پذیری مثبت (۲= ۰/۲۶) گزارش کردند (۴۳). عزیزی برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی ابزار و ضرایب همبستگی بین این ابزار را با مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۲۱۳ و ۰/۲۱۷- به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کرده است (۴۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۷ به دست آمد.

۳. درمان شناختی - رفتاری: درمان شناختی رفتاری که خلاصه‌ای از آن در جدول ۱ ارائه شده است در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس پروتکل مداخله‌ای لیهی (۲۰۱۷) اجرا شد (۴۵). برای بررسی اعتبار بسته درمان شناختی - رفتاری از روایی محتوایی و نظر ۵ نفر از اساتید هیأت علمی دانشگاه استفاده شد که حاکی از اعتبار بسته مورد نظر بود (۴۶).

۴. **درمان ذهن آگاهی.** درمان ذهن آگاهی که خلاصه‌ای از آن در جدول ۲ ارائه شده است در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس پروتکل مداخله‌ای بوردیک (۲۰۱۴) اجرا شد (۴۷). برای بررسی اعتبار بسته درمان شناختی - رفتاری از روایی

1. Distress Tolerance Scale
2. tolerance
3. appraisal
4. absorption
5. regulation

## جدول ۱) محتوای درمان شناختی رفتاری

جلسه	هدف	محتوا
۱	معرفه اولیه، تبیین و توضیح اهداف درمان	معرفی، ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد روان‌درمانی شناختی - رفتاری، بیان قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف.
۲	توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار	افکار، احساس‌ها و رفتار را به وجود می‌آورند و این‌که چگونه افکار می‌توانند باعث کاهش یا افزایش احساس‌ها شوند، استفاده از تکنیک‌هایی نظیر ABC (طبق تکنیک ABC یک واقعه یکنسان به افکار متفاوتی منجر می‌شود که این افکار می‌توانند احساس‌ها و رفتارهای مختلفی را به وجود بیاورند، می‌توانید با مقایسه واقعیت‌ها به درستی یا نادرستی فکرتان پی ببرید)، درجه‌بندی هیجان و میزان اعتقاد به فکر، جستجوی نوسان در باورهای خاص و مقایسه مزایا و معایب؛ بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار استفاده از تکنیک‌هایی نظیر تمایز فکر از واقعیت؛ توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند، بیان خطاهای شناختی معمول استفاده از تکنیک‌هایی نظیر شناسایی تحریف‌های شناختی مانند شخصی‌سازی؛ توزیع کاربرگ بازسازی افکار.
۳	توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار	مقایسه و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح شناسایی افکار با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر چالش با تفکر باید اندیشی، شناسایی باورهای شرطی و مقایسه نظام ارزشی، ارزیابی افکار با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر پیکان رو به پایین، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر تعریف واژه‌ها، مقایسه شواهد، ایفای نقش هر دو جنبه فکر، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار.
۴	مقایسه زنجیره علت، پاسخ، پیامد	مقایسه تکلیف جلسه قبل، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگ‌تر قرار می‌گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب در این جلسات از تکنیک‌هایی نظیر توالی فکر، مقایسه نوسان‌های رفتار در موقعیت‌های مختلف و تغییر افکار منفی از طریق تغییر رفتار.
۵	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود	مقایسه تکلیف جلسه قبل، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده.
۶	بازنگری کلی مطالب و اجرای پس‌آزمون	مرور مطالب همه جلسات و اجرای پس‌آزمون

## جدول ۲) محتوای درمان ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف	محتوا
۱	معرفه اولیه، تبیین و توضیح اهداف درمان	الف) توضیح درباره فلسفه برنامه آموزشی و علت آن؛ ب) تعیین قوانین برنامه از جمله تعیین زمان گردهمایی، مدت برنامه، مدت جلسات، نیاز به مشارکت بدون وقفه؛ ج) توصیف نحوه برنامه آموزشی از جمله طرح تکلیف خانه، مشارکت در اجرای نقش و بحث گروهی و قوانین گروه و اجرای پیش‌آزمون. در نظر گرفتن جنبه محرمان بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود به یکدیگر، تمرین وارسی بدنی، تکلیف استراحتگاه، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوه‌ها.
۲	آموزش تن‌آرامی	تن‌آرامی برای ۱۲ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی صورت گرفت.
۳	آشنایی نحوه ذهن‌آگاهی تنفس	آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر درباره چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف استراحتگاه ذهن‌آگاهی تنفس پیش از خواب. تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جستجوی حس‌های فیزیکی و تکلیف استراحتگاه ذهن‌آگاهی خوردن.
۴	آموزش توجه به ذهن	آموزش توجه به افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه ورود دادن به افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها.
۵	مراقبه نشسته	بازنگری تکالیف استراحتگاه، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
۶	بازنگری کلی مطالب و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه مرور اجمالی از مطالب جلسات اجرا شده و توضیحاتی در مورد مزایای انجام تکالیف داده می‌شود و در آخر از همه افراد خواسته می‌شود تکنیک‌های یاد گرفته شده را در زندگی روزمره خود بکار گیرند، اجرای پس‌آزمون یک هفته پس از اتمام جلسات مداخله.

## یافته‌ها

جدول ۳ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کننده‌ها را نشان می‌دهد.

در جدول ۳ یافته‌های جمعیت شناختی نوجوانان گزارش شده است. چنان‌که مشاهده می‌شود بین سه گروه درمان شناختی - رفتاری، ذهن آگاهی و گواه به لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P=0/926$ ). میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان شناختی رفتاری  $16/40 \pm 0/25$ ؛ گروه درمان ذهن آگاهی  $16/50 \pm 0/23$  و گروه گواه  $16/35 \pm 0/22$  بود و نتیجه مقایسه میانگین گروه‌ها با استفاده از آزمون کراسکال والیس نشان داد بین گروه‌ها به لحاظ سنی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P=0/911$ ).

در ادامه پیش‌فرض‌های آنالیز کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه مقدار احتمال آماره Z کولموگروف - اسمیرنوف در متغیرهای مورد بررسی در نوبت‌های اجرا و در هر دو گروه پژوهش بزرگ‌تر از  $0/05$  بود. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌های متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر بهنجار بود. آماره لون نیز برای هیچ‌یک از متغیرهای تحقیق معنادار نبود؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها و مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس برای متغیرهای مورد بررسی در هر دو مرحله برقرار بود. مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از برقراری مفروضه مذکور بود.

جدول ۳) مقایسه توزیع متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش

مقدار احتمال	آماره $\chi^2$	گواه		درمان ذهن آگاهی		درمان شناختی رفتاری		جنس
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۹۲۶	۰/۱۵۴	۷۰/۰	۱۴	۶۵/۰	۱۳	۷۰/۰	۱۴	پسر
		۳۰/۰	۶	۳۵/۰	۷	۳۰/۰	۶	دختر
		گواه		درمان ذهن آگاهی		درمان شناختی رفتاری		
مقدار احتمال	آماره H کراسکال والیس	گواه		درمان ذهن آگاهی		درمان شناختی رفتاری		دامنه سنی
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۹۱۱	۰/۱۸۶	۲۵/۰	۵	۲۰/۰	۴	۳۰/۰	۶	۱۵
		۲۵/۰	۵	۳۰/۰	۶	۲۰/۰	۴	۱۶
		۴۰/۰	۸	۳۰/۰	۶	۳۰/۰	۶	۱۷
		۱۰/۰	۲	۲۰/۰	۴	۲۰/۰	۴	۱۸
		۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	کل

جدول ۴) شاخص‌های توصیفی متغیرهای افکار خودکشی و تحمل پریشانی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	مرحله	درمان شناختی	درمان ذهن آگاهی	گواه
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	$5/50 \pm 53/45$	$4/62 \pm 55/01$	$5/81 \pm 53/70$
	پس‌آزمون	$3/60 \pm 61/40$	$4/63 \pm 61/25$	$4/32 \pm 52/70$
	پیگیری	$4/22 \pm 60/05$	$3/70 \pm 60/15$	$3/67 \pm 52/80$
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	$3/69 \pm 18/75$	$4/46 \pm 18/15$	$4/42 \pm 19/35$
	پس‌آزمون	$3/18 \pm 13/85$	$3/07 \pm 13/20$	$3/32 \pm 17/80$
	پیگیری	$2/26 \pm 13/20$	$2/71 \pm 12/01$	$3/54 \pm 16/85$

آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود. آماره آزمون ام.باکس و لون نیز نشان برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای تحمل پریشانی و افکار خودکشی عاطفی رد نشد.

در ادامه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال بودن که به وسیله آزمون شاپیرو - ویلک مورد بررسی قرار گرفت نشان داد که خرده متغیرهای تحمل پریشانی و افکار خودکشی عاطفی در هر دو گروه و هر سه مرحله پیش

بررسی نتایج آزمون کروییت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیر تحمل پریشانی برقرار نبود اما برای متغیر افکار خودکشی عاطفی برقرار بود. با توجه به این که برای آزمون گرینهوس - گیسر مقدار اِپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ به دست آمده بود از این آزمون برای بررسی متغیر تحمل پریشانی استفاده شد.

#### جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای تحمل پریشانی و افکار خودکشی

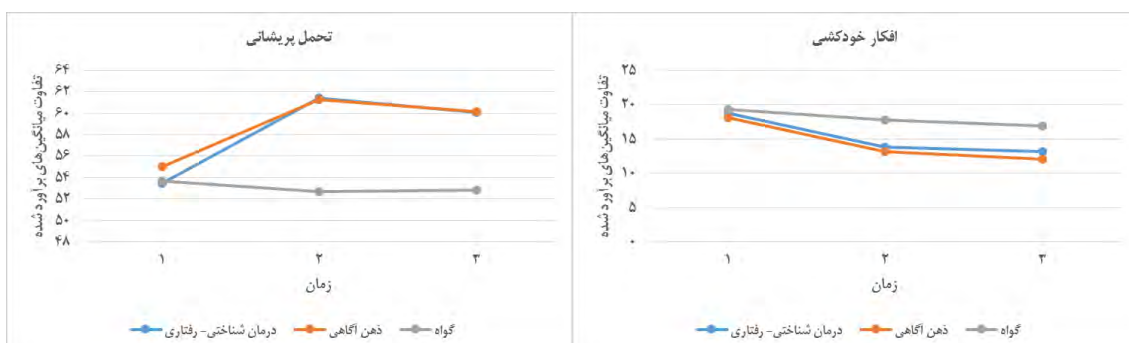
متغیر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	مقدار احتمال	$\eta^2$
تحمل پریشانی	اثر گروه	۴۰۳/۲۰	۴۱/۸۳ و ۱/۹۶	۳/۳۷	۰/۰۴۴	۰/۱۳۸
	اثر زمان	۱۹۳/۶۰	۵۳۳/۶۰	۴۱/۸۳ و ۱/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
	اثر متقابل گروه و زمان	۲۸۷/۲۰	۷۸۳/۸۷	۳/۵۲ و ۷۳/۸۸	۷/۶۹	<۰/۰۰۱
افکار خودکشی	اثر گروه	۲۳۶۹/۰۸	۳۰۱۳/۲۴	۲ و ۴۲	۱۶/۵۱	۰/۴۴۰
	اثر زمان	۱۰۳۸/۰۲	۱۳۰۵/۲۰	۲ و ۴۲	۷/۱۴	۰/۰۰۲
	اثر متقابل گروه و زمان	۱۲۹۸/۳۹	۲۰۷۰/۸۹	۴ و ۸۴	۱۳/۱۷	<۰/۰۰۱

جدول ۵ و نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد اثر متقابل زمان و گروه‌ها موجب افزایش تحمل پریشانی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و کاهش افکار خودکشی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) نسبت به گروه گواه شد. جدول ۶ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از عدم تفاوت معنادار درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی با یکدیگر در متغیرهای تحمل پریشانی و افکار خودکشی و تفاوت معنادار درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی با گروه گواه در متغیرهای تحمل پریشانی و افکار خودکشی بود.

بررسی میانگین‌ها در جدول ۳ و مقدار احتمال در جدول ۵ و نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد درمان شناختی - رفتاری و آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی ( $P = ۰/۰۴۴$ ) اثر افزایشده و افکار خودکشی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) اثر کاهشده داشتند. جدول ۵ همچنین نشان می‌دهد میانگین پاسخ‌ها در طول زمان تغییرات معناداری نشان داد. میانگین مؤلفه‌های تحمل پریشانی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و افکار خودکشی ( $P = ۰/۰۰۲$ ) در طول زمان تغییرات معناداری نشان داد.

#### جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	تفاوت گروه‌ها	
۱/۰۰	۱/۶۳۱	۰/۸۰۰	ذهن آگاهی	درمان شناختی - رفتاری
۰/۱۶۹	۱/۶۳۱	۳/۲۰۰	گواه	درمان شناختی - رفتاری
۰/۰۵۵	۱/۶۳۱	۴/۰۰	گواه	ذهن آگاهی
۰/۲۱۲	۱/۷۸۶	۳/۳۱۱	ذهن آگاهی	درمان شناختی - رفتاری
۰/۰۰۱	۱/۷۸۶	-۶/۷۵۶	گواه	درمان شناختی - رفتاری
۰/۰۰۱	۱/۷۸۶	-۱۰/۰۶۷	گواه	ذهن آگاهی



شکل ۱) مربوط به تغییرات متغیرهای تحمل پریشانی و افکار خودکشی در سه گروه پژوهش



## بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی و افکار خودکشی در نوجوانان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی - رفتاری و درمان ذهن آگاهی هر دو در درمان تحمل پریشانی و افکار خودکشی نوجوانان دارای افکار خودکشی اثربخش بودند و درمان شناختی - رفتاری و درمان ذهن آگاهی موجب افزایش تحمل پریشانی و کاهش افکار خودکشی نوجوانان در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه گواه شدند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های بروکس و همکاران (۳۱)؛ راش و همکاران (۳۲)؛ زمستانی و همکاران (۳۳)؛ جعفری و همکاران (۳۴)؛ فورکمن و همکاران (۳۵)؛ امیرپور و زندی پیام (۳۶)؛ کاظمی و همکاران (۳۷)؛ ارتضایی و همکاران (۳۷) و کارپنتر و همکاران (۳۸) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری می‌توان گفت که درمان شناختی - رفتاری از جمله مداخلات روانشناختی است که بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر به سزایی بر عواطف شخصی دارد قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری، بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر، در رفتار و احساس در شکل‌گیری افکار خودکشی تأکید دارد (۴۸). بنابراین، این رویکرد هیجان‌های منفی را پیامد الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و همچنین الگوهای پردازش اطلاعات سوءگیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی (همچنان که در افراد افسرده دیده می‌شود) در نظر می‌گیرد. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می‌شوند که سوءگیری‌های سیستماتیک در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ‌های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند (۴۹). به طور کلی می‌توان گفت شناخت‌واره‌های نوجوانی که افکار خودکشی را در خود پرورانده، مملو از مضامین شناختی ناسازگارانه‌ای است که احساسات و هیجان‌های ناکارآمد و رفتارهای مخرب نظیر خودآسیب رسانی عمدی و خودکشی را در وی سبب می‌شود. از آنجا که تفکر این نوجوانان بسیار سوءگیری دارد و با سبک‌های

پردازش اطلاعات مخرب و سوءگیرانه به مسائل و مشکلات خود پاسخ می‌دهند و همین طور به دلیل عدم تحمل پریشانی و افکار خودکشی که در ذهن خود پرورانده‌اند، ممکن است رفتارهای غیرقابل کنترل و تکانشگرانه‌ای از خود نشان بدهند که لزوم بررسی سبک‌های پردازش اطلاعات را در این افراد نمایان می‌سازد. درمان شناختی رفتاری به بیمار، تکنیک‌های عملی برای چگونگی تجدید نظر در افکار منفی و به‌کارگیری مهارت‌های رفتاری برای مبارزه با افکار خودکشی را یاد می‌دهند. همچنین، روش‌های درمان خودکشی می‌توانند به فرد بیمار کمک کنند تا به ریشه افکار خودکشی خود برسد و بفهمد که چرا چنین احساسی دارد، چه چیزی باعث افکار خودکشی‌اش شده است و برای سالم ماندن چه باید بکند. درمان شناختی - رفتاری نظریات رفتاری و نظریات شناختی را ادغام کرده تا بیمار به این نتیجه برسد که ادراک وی از یک موقعیت، بیشتر از واقعیت، واکنش فرد نسبت به آن را تعیین می‌کند. زمانی که فرد ناراحت یا ناامید باشد، دیدگاه او ممکن است واقع‌گرایانه نباشد. تغییر نحوه تفکر و نگاه مراجعین به دنیا می‌تواند پاسخ آن‌ها به شرایط را تغییر دهد و موجب افزایش تحمل پریشانی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و بحرانی زندگی شود.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی می‌توان گفت ذهن آگاهی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر را قادر ساخت تا رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می‌افتد، به درستی درک و پردازش کنند تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرند و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهند (۲۶). به همین علت، ذهن آگاهی ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی این نوجوانان، به خوبی عواطف و هیجان‌های آن‌ها را به صورت عمیق مورد توجه قرار داده و رابطه بین شناخت - عاطفه را برای آن‌ها تبیین کرد (۳۰). به نوجوانانی که ذهن آگاهی را دریافت کردند چنین رهنمود داده شد که در مقابل مقاومت یا اجتناب از تجارب خود ذهن آگاهانه عملکرد کرده و تجارب خود هرچند نامطلوب را بپذیرند. این موضوع موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در این نوجوانان و در نتیجه، بهبود فرآیندهای شناختی و هیجانی شد (۲۸). ذهن آگاهی همچنین از آنجا که نوجوانان دارای افکار خودکشی از سوءگیری توجه به یک سری

همچنین از تلویحات کاربردی پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر نحوه‌ای است که نوجوانان افکار و هیجان‌های خود را تنظیم می‌کنند، بنابراین پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها برای نوجوانان دارای افکار خودکشی ارائه شود و در پژوهش‌های دیگر نیز به آزمون اثربخشی این درمان‌ها بر روی مشکلات دیگر نوجوانان نظیر رفتارهای پرخطر و... پرداخته شود.

#### منابع

1. Aftab R, Bermas H, Abolmaali Alhoseyni K. Prediction of suicidal thoughts based on the five - factor personality traits with the mediatory of defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;11(3):11-24. (Persian)
2. Bagian Kulehmarzi MJ, Karami J, Momeni K, Elahi A. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and Dialectical Behavior Therapy Based on Compassion on Resilience and Motivations for Suicide Attempts in People Attempted Suicide. *Contemporary Psychology*. 2018;13(1):26-39. (Persian)
3. Rizvi S, Iskrac A, Calati R, Courtet P. Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: Evidence from clinical and neuroimaging findings. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017;30(2):159-67.
4. Williams JMG. *The cry of pain*. London: Penguin; 2001.
5. Hawkins KA, Hames JL, Ribeiro JD, Silva C, Joiner TE, Cogle JR. An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *J Psychiatr Res*. 2014;50:59-65.
6. Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York, NY, US: Guilford Press; 2001. xiv, 274-xiv, p.
7. Ngwena J, Hosany Z, Sibindi I. Suicide: a concept analysis. *Journal of Public Health*. 2017;25(2):123-34.
8. HeidariNejad M, heidari H, Davoodi h. Presenting a model for predicting suicidal ideation based on variables of emotional regulation difficulty, Cognitive flexibility and family flexibility according to the mediating role of distress tolerance. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2020;27(0):0-.
9. Bruns KM, O'Bryan EM, McLeish AC. An Examination of the Association Between Emotion Reactivity and Distress Tolerance Among College Students. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(6):429-32.
10. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress Tolerance: Theory, Measurement, and Relations to Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*. 2010;19(6):406-10.

مسائل برخوردارند، بر روی کارکردهای مربوط به توجه انتخابی و پایدار در این نوجوانان تأثیر مثبتی به جای گذاشت (۲۹). از آنجا که ذهن آگاهی، پذیرش تجربه را بدون قضاوت و عدم تلاش برای سرکوبی تجربه، منعکس می‌کند که این امر می‌تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با خودکشی روبه‌رو می‌شوند، بشود و به آنها اجازه بدهد که افکار خودکشی را متوقف کنند. در واقع، می‌توان گفت که چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند می‌تواند در تعدیل نمرات افکار خودکشی نوجوانان با اختلال افسردگی اساسی تأثیر داشته باشد؛ زیرا از جنبه‌های مهم درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۵۰). به طور کلی می‌توان گفت در رویکرد ذهن آگاهی به افراد کمک می‌شود تا به جای ماندن در افکار منفی، علت یک مشکل یا پریشانی، روی راه‌های حل آن تمرکز کنند و در جریان مداخلات ذهن آگاهی به جای این‌که فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن‌ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را پیدا می‌کند؛ بدین ترتیب نوجوانان را از افکار خودکشی می‌رهاند.

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد مقابل اشاره کرد: در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری افکار خودکشی استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود و انکار کرده باشند. ممکن است ویژگی‌های دموگرافیکی شرکت کننده‌ها مانند طبقه اجتماعی - اقتصادی که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر می‌بود، بر میزان افکار خودکشی و نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی افکار خودکشی و شناسایی عوامل دیگر اثرگذار بر آن بپردازند. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در افراد با طبقات اجتماعی - اقتصادی متفاوت صورت گیرد.

- the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2020;152:109568.
27. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*. 2014;28C:64-80.
28. Morgan LPK, Danitz SB, Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness Approaches to Psychological Disorders. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. Oxford: Academic Press; 2016. p. 148-55.
29. Wimmer L, Bellingrath S, von Stockhausen L. Mindfulness Training for Improving Attention Regulation in University Students: Is It Effective? and Do Yoga and Homework Matter? *Frontiers in Psychology*. 2020;11(719).
30. Jalali D, Aghaei A, Talebi H, Mazaheri M. Comparing the Effectiveness of Nativized Mindfulness Based Cognitive Training (MBCT) and Cognitive - Behavioral Training on Dysfunctional Attitudes and Job Affects in Employees. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015;5(1):1-20. (Persian)
31. Brooks JR, Lebeaut A, Zegel M, Walker RL, Vujanovic AA. Anxiety sensitivity and suicide risk: Mindfulness as a psychological buffer for Black adults. *Journal of Affective Disorders*. 2021;289:74-80.
32. Roush JF, Mitchell SM, Brown SL, Cukrowicz KC. Thwarted interpersonal needs mediate the relation between facets of mindfulness and suicide ideation among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*. 2018;265:167-73.
33. Zemestani M, Yousefi N, Keshavarzi S. Effectiveness of cognitive- behavioral group therapy along with family training on components associated with suicide in girls attempted to suicide. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2015;5(3):107-20. (Persian)
34. Jafari D, Salehi M, Mohammadkhani P. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Behavioral Activation Treatment for Depression in Reducing Symptoms, Improving Quality of Life and Decreasing Suicidal Thoughts in Depressed Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 20(4):297-308. (Persian)
35. Forkmann T, Brakemeier E-L, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of Affective Disorders*. 2016;200:51-7.
36. Amirpour B, Zandipayam A. The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on distress tolerance and flourishing in methadone-treated male
11. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull*. 2010;136(4):576-600.
12. Beck JS, Beck AT. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2020.
13. Beck JS, Beck AT. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* New York: Guilford Press; 2020.
14. Clark DA, Beck AT. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2011.
15. Yovel I, Mor N, Shakarov H. Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: An analogue investigation. *Behavior Therapy*. 2014;45(4):482-94.
16. Hosein Esfand Zad A, Shams G, Pasha Meysami A, Erfan A. The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017;22(4):270-83. (Persian)
17. Harrington A, Dunne JD. When mindfulness is therapy: Ethical qualms, historical perspectives. *Am Psychol*. 2015;70(7):621-31.
18. Borders A. Chapter 11 - Mindfulness-based therapies for rumination. In: Borders A, editor. *Rumination and Related Constructs: Academic Press*; 2020. p. 345-79.
19. Wheeler J, Dudas K, Brooks G. Anxiety and a Mindfulness Exercise in Healthcare Simulation Prebriefing. *Clinical Simulation in Nursing*. 2021.
20. Kalmbach DA, Roth T, Cheng P, Ong JC, Rosenbaum E, Drake CL. Mindfulness and nocturnal rumination are independently associated with symptoms of insomnia and depression during pregnancy. *Sleep Health*. 2020;6(2):185-91.
21. Kladnitski N, Smith J, Uppal S, James MA, Allen AR, Andrews G, et al. Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet Interventions*. 2020;20:100310. (Persian)
22. Spears CA. Mindfulness-based interventions for addictions among diverse and underserved populations. *Current Opinion in Psychology*. 2019;30:11-6.
23. Felsted KF. Mindfulness, Stress, and Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2020;36(4):685-96.
24. Gardhouse K, Segal Z. Mindfulness. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Oxford: Elsevier; 2015. p. 549-53.
25. Bowins B. Chapter 19 - Mindfulness-based therapy. In: Bowins B, editor. *States and Processes for Mental Health: Academic Press*; 2021. p. 163-74.
26. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain

- patients. *Achievements of Clinical Psychology*. 2017;3(2):193-210. (Persian)
37. Ertezaee B, Ghaffary S, Esmaeily M. Effectiveness of stress-based mindfulness therapy on distress tolerance in women with anorexia nervosa. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019;8(6):217-24.
38. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The Effect of a Brief Mindfulness Training on Distress Tolerance and Stress Reactivity. *Behavior Therapy*. 2019;50(3):630-45.
39. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 2007;3(2):43-50.
40. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1979;47(2):343-52.
41. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*. 1988;44(4):499-505.
42. Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:268. (Persian)
43. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102.
44. Azizi AR. Reliability and validity of the persian version of distress tolerance scale. *Iran J Psychiatry*. 2010;5(4):154-8. (Persian)
45. Leahy RL. *Cognitive Therapy Techniques, Second Edition: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press; 2017.
46. Polit D, Beck C, Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*. 2007;30:459-67.
47. Burdick D. *Mindfulness Skills for Kids & Teens: A Workbook for Clinicians & Clients with 154 Tools, Techniques, Activities & Worksheets*. USA: PESI Publishing & Media; 2014.
48. Hagen R, Hjemdal O. Cognitive Behavior Therapy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*. San Diego: Academic Press; 2012. p. 525-30.
49. Yovel I, Mor N, Shkarov H. Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: an analogue investigation. *Behavior therapy*. 2014;45(4):482-94.
50. Shayganfar N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Suicidal Thoughts of Female Students with Major Depression Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2020;9(7):25-34. (Persian)