



## The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on rumination in self-harming adolescents without suicidal intent

**Nima. Mirzaian<sup>\*1</sup> & Zahra. Vafaeinejad<sup>2</sup>, Zahra. Zamanpour<sup>2</sup>, Ariana. Shabannejad<sup>2</sup> & Aylin. Abbasian<sup>3</sup>**

1. **\*Corresponding author:** M.A., Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
2. M.A., Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
3. M.A., Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

### ARTICLE INFORMATION

### ABSTRACT

#### Article type

Original research

Pages: 159-167

Corresponding Author's Info  
Email:

[nima.mirzaian@yahoo.com](mailto:nima.mirzaian@yahoo.com)

#### Article history:

Received: 2022/02/04

Revised: 2023/04/05

Accepted: 2023/04/25

Published online:  
2023/06/10

#### Keywords:

*Cognitive-behavioral therapy, rumination, self-harm.*

**Background and Aim:** Self-harm with non-suicidal intent is a conscious behavior in which a person damages her own body tissues and can have many consequences. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on the rumination of self-harming adolescents without suicidal intent. **Methods:** The research method was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the present study included 16-18-year-old students (boys and girls) of high schools in Sari city. From this population, 100 people were selected by available sampling method, and among them 28 people who had obtained the highest scores in the non-suicidal self-injury questionnaire (NNSI), following the entry criteria, were selected in a simple random manner in a group. An experimental and a control group (each group includes 14 people) were appointed. The experimental group received cognitive-behavioral therapy in a group method during 12 90-minute sessions, and the control group did not receive any intervention until the post-test. The tools used in this research included the non-suicidal self-injury questionnaire (Klonsky and Glenn, 2011) and Nolen Hoeksma's rumination questionnaire (1991). The data obtained in the two stages of pre-test and post-test were analyzed using SPSS-22 software by analysis of covariance. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy has led to a reduction in rumination. **Conclusion:** The results of the research provide evidence that cognitive-behavioral therapy is a suitable method for reducing rumination in self-harming adolescents without suicidal intent and can lead to the improvement of their mental health.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2023 The Authors.

#### How to Cite This Article:

Mirzaian, N., Vafaeinejad, Z., Zamanpour, Z., Shabannejad, A., & Abbasian, A. (2023). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on rumination in self-harming adolescents without suicidal intent. *Jayps*, 4(3): 159-167.



# مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان

www.jayps.iranmehr.ac.ir

بهار (خرداد) ۱۴۰۲، دوره ۴، شماره ۳ (پیاپی ۹)، صفحه‌های ۱۶۷-۱۵۹

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشخوار فکری نوجوانان خودآسیب رسان بدون قصد خودکشی

نیما میرزائیان\*<sup>۱</sup>، زهرا وفایی نژاد<sup>۲</sup>، زهرا زمان پور<sup>۳</sup>، آریانا شعبان نژاد<sup>۲</sup> و آیلین عباسین<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی	زمینه و هدف: خودآسیب‌رسانی به قصد غیرخودکشی رفتاری است آگاهانه که فرد خودش به بافت‌های بدنش آسیب می‌زند و می‌تواند تبعات فراوانی داشته باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر نشخوار فکری نوجوانان خودآسیب رسان بدون قصد خودکشی بود. روش پژوهش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش آموزان ۱۶ تا ۱۸ ساله (پسر و دختر) دبیرستان‌های شهرستان ساری بود. از این جامعه، ۱۰۰ نفر به شیوه ی نمونه در دسترس انتخاب و از بین آنها ۲۸ نفر که بالاترین نمرات را در پرسشنامه ی خودجرحی بدون خودکشی (NSI) کسب کرده بودند، با رعایت معیارهای ورود، گزینش و به صورت تصادفی ساده در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۴ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایش، درمان شناختی- رفتاری را به روش گروهی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، و گروه گواه نیز تا اجرای آزمون مرحله پس آزمون هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل پرسشنامه ی خودجرحی بدون خودکشی (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱) و پرسشنامه نشخوارفکری نولن هوکسما (۱۹۹۱) بود. داده‌های به دست آمده در دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ به وسیله تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش نشخوار فکری شده است. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش شواهدی را ارائه می‌کند که درمان شناختی- رفتاری برای کاهش نشخوار فکری در نوجوانان خود آسیب رسان بدون قصد خودکشی روش مناسبی است و می‌تواند منجر به ارتقاء سلامت روانی آنان شود.
صفحات: ۱۶۷-۱۵۹	
اطلاعات نویسنده مسئول	
ایمیل: nima.mirzaian@yahoo.com	
سابقه مقاله	
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵	
تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۱۶	
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۰۲/۰۵	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰	
واژگان کلیدی	
درمان شناختی- رفتاری، نشخوار فکری، خود آسیب‌رسانی.	

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

میرزائیان، نیما؛ وفایی نژاد، زهرا؛ زمان پور، زهرا؛ شعبان نژاد، آریانا؛ و عباسیان، آیلین. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشخوار فکری نوجوانان خودآسیب رسان بدون قصد خودکشی. مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۳(۳): ۱۶۷-۱۵۹.

## مقدمه

طبق آخرین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، خودآسیب‌رسانی به قصد غیرخودکشی<sup>۱</sup> (NSSI)، به عنوان «خودآسیب‌رسانی عمدی اعمال شده بر روی سطح بدن فرد است که سبب ایجاد خونریزی، کبودی یا درد (مانند برش، سوزش، ضربه زدن، ضربه زدن، مالش بیش از حد) می‌شود، با این انتظار که چنین آسیبی تنها منجر به آسیب فیزیکی جزئی یا متوسط خواهد شد (یعنی اقدام به خودکشی وجود ندارد)» (انجمن روانپزشکی آمریکا،<sup>۲</sup> ۲۰۱۳). همچنین از نظر انجمن بین‌المللی مطالعه خودآسیب‌رسانی (۲۰۰۷) خودآسیب‌رسانی به قصد غیرخودکشی رفتاری است آگاهانه که فرد خودش به بافت‌های بدنش آسیب می‌زند مانند بریدن و سوزاندن بدن اما این رفتار با نیت خودکشی انجام نمی‌شود و به لحاظ اجتماعی و فرهنگی هم قابل قبول نیست و با هدف اجرای احکام و رسوم اجتماعی انجام نمی‌شود.

این رفتار به یک نگرانی عمده‌ی بهداشت عمومی تبدیل شده است. در یک متاآنالیز شیوع خودآسیب‌رسانی در بین نمونه‌های غیربالینی نشان داد که ۱۷٫۲ درصد نوجوانان، ۱۳٫۴ درصد از نوجوانان و ۵٫۵ درصد از بزرگسالان اقدام به خودآسیب‌رسانی می‌کنند. این میزان در میان نمونه‌های بالینی نوجوانان (۳۰٪-۴۵٪) و بزرگسالان (۲۱٪) بیشتر است (سوانل، مارتین، پیچ، هاسکینگ و جان، ۲۰۱۵). در ایران در مطالعه‌ی رفتارهای خودآسیب‌رسانی با استفاده از پرسشنامه خودآسیبی عمدی گراتز (۲۰۰۱) شیوع این رفتار در ۳۵۰ نفر از دختران نوجوان پایه‌های دوم و سوم دبیرستان شهر تهران ۱۲٪ گزارش شده است (پیوسته‌گر، ۱۳۹۲). براساس نتایج این مطالعه ۳۸ نفر (۱۲٪) حداقل یک بار و ۱۶ نفر (۴٪) بیش از یک بار از شیوه بریدن بخش‌های بدن برای آسیب به خود استفاده کرده بودند و ۵۸ نفر (۱۷٪) حداقل یک بار و ۳۶ نفر (۱۱٪) بیش از

یک بار از فروکردن سوزن در پوست برای آسیب به خود استفاده کرده بودند. در این مطالعه فروکردن سوزن در پوست با هدف تاتوکردن، سوراخ کردن گوش یا بینی نیز به عنوان خودآسیبی عمدی در نظر گرفته شده بود. برای سایر رفتارهایی خودآسیبی در این مطالعه براساس فراوانی عبارت بود از: حکاکی عکس و نوشته روی پوست، جلوگیری از بهبود زخم‌ها، برسرکوبیدن، شستن دست با تمیزکننده تا حد آسیب دیدن پوست، کندن مو، سوزاندن بدن، کبود کردن جایی از بدن (نیشگون گرفتن)، ناخن جویدن و چکاندن اسید روی پوست.

یکی از مکانیسم‌های آسیب شناختی روانی زیربنایی افسردگی، نشخوار فکری<sup>۳</sup> است. نشخوار فکری را عموماً افکار تکرارشونده منفی درباره‌ی نگرانی‌های شخصی یا معانی و علل خلق منفی تعریف می‌کنند (نولن هوکسما، ویسکو، لیوبومیرسکی، ۲۰۰۸). نشخوار فکری باعث آسیب‌هایی از قبیل عواطف شدید منفی، علایم افسرده‌ساز، تفکر سودار منفی، حل مساله ضعیف، تمرکز و شناخت آشفته و فشار روانی بیشتر می‌شود. همچنین از طریق حفظ توجه روی محتوای منفی و از راه به تعویق انداختن مقابله فعال و مؤثر سبب افسردگی عمیق‌تر می‌گردد (پاپاجوگیرو و ولز، ۲۰۰۴). در پژوهش‌های مختلف نقش نشخوار فکری در شروع و تداوم افسردگی تأیید شده است. به اعتقاد واتکینز، پژوهش‌ها و تجارب بالینی نشان می‌دهد نشخوار فکری عاملی کلیدی در مفهوم سازی افسردگی است که اغلب از آن غفلت می‌شود (نولن هوکسما، ۱۹۹۱).

در سال‌های اخیر نشخوار فکری به‌عنوان یک مؤلفه مهم در افسردگی به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (واتکینز و برکیا، ۲۰۰۱). نشخوار فکری به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده پیرامون یک موضوع تعریف می‌شود. این افکار به‌صورت غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه

1. Non-suicidal self-injury
2. American Psychiatric Association\*

(بوربرگ، شالین، هدمان و همکاران، ۲۰۱۸) و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (رازو و فوناگی، ۲۰۱۲) استفاده شده است. پژوهش حاضر، در پی پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری نوجوانان خودآسیب رسان بدون قصد خودکشی اثربخش است؟

### روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به صورت مقطعی و از نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش آموزان ۱۶ تا ۱۸ ساله (پسر و دختر) دبیرستان‌های شهرستان ساری بود. از این جامعه، ۱۰۰ نفر به شیوه‌ی نمونه در دسترس انتخاب و از بین آنها ۲۸ نفر که بالاترین نمرات را در پرسشنامه‌ی خودجرحی بدون خودکشی (NNSI) کسب کرده بودند، با رعایت معیارهای ورود گزینش و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایشی تحت درمان شناختی - رفتاری، به صورت گروهی در ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) قرار گرفت. شرایط ورود به نمونه عبارت است از افراد دارای رفتارهای خود آسیب رسان، دامنه سنی بین ۱۶ تا ۱۸ سال، تکمیل موافقت‌نامه‌ی رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش؛ مصرف نکردن داروی اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته و هنگام مداخله؛ عدم ابتلا به بیماری صعب‌العلاج جسمی مانند سرطان، نظیر آن؛ مبتلا نبودن به اختلال روان‌پزشکی جدی مانند اختلال شدید سلوک، اختلال افسردگی اساسی همراه با خطر خودکشی، اختلال سایکوتیک و نظیر آن؛ و اینکه در هنگام اجرای پژوهش، تحت درمان یا سایر مداخلات روان‌شناختی قرار نگیرند. شرایط خروج از گروه نمونه عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ مشخص شود داروی اعصاب و روان یا مواد در طول سه ماهه گذشته مصرف کرده است؛ ابتلا

را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند (جوورمن، ۲۰۰۶). در حالت‌های افسردگی ضعیف یا شدید، فرد به نشخوار فکری درباره موضوعات منفی می‌پردازد (واتکینز و مولدس، ۲۰۰۵). نشخوار فکری زیر بنای شناختی بیماران افسرده را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری روان‌شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد (ونزلف و ونر، ۲۰۰۰).

نشخوار فکری به عنوان عاملی فراتشخیصی است که نه تنها در افسردگی بلکه در دیگر اختلالات مانند اضطراب و پرخوری و سوءمصرف مواد نقش علی و تداوم دهنده دارد (نولن هوکسما، ۱۹۹۱). بنابراین انتخاب نشخوار فکری به عنوان هدف اساسی درمان نه تنها می‌تواند باعث کاهش افسردگی شود، بلکه در صورت وجود اختلال همراه سبب بهبود علائم اختلال همراه نیز می‌گردد. تجربه بالینی و ادبیات پژوهشی زیادی نشانگر این است که بسیاری از بیماران مراجعه کننده برای درمان افسردگی از چند اختلال رنج م‌ی‌برند که به صورت یک یا دو اختلال همبود تشخیص داده می‌شود. برای درمانگر از تصمیم‌های بسیار مهم و سخت درمانی این است که اول کدام اختلال را هدف درمانی قرار دهد. پژوهش‌ها حاکی از این است که درمان‌های روان‌شناختی کمی به طور خاص برای خودآسیب‌رسانی و خود دارد (واش‌بورن و همکاران، ۲۰۱۲) همچنین یک مطالعه مروری اخیر نشان داد که هیچ درمان به خوبی اثبات‌شده‌ای برای خودآسیب‌رسانی وجود ندارد (گلن، فرانکلین و ناک، ۲۰۱۵). بررسی ادبیات پژوهشی راجع به درمان‌های اثربخش برای خودآسیب‌رسانی به قصد غیرخودکشی، نشان می‌دهد که بیشتر از رفتار درمانی دیالکتیکی (مه‌لوم، تورمون، رامبرگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ مک‌کالی و بریک، آسرون، آدریان، کوهن و کروسنلر، ۲۰۱۸)، درمان شناختی رفتاری (اسلی، گارنفسکی، ون‌در لیدن، آرنسمان و اسپین‌هون، ۲۰۰۸)، رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش



به مانیا یا یک اختلال پسیکوتیک؛ و عدم وجود ملاک‌های ورود منجر به خروج از پژوهش شد.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خودجرحی بدون خودکشی (NSSI): پرسشنامه‌ی خودجرحی بدون خودکشی، یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط کلونسکی و گلن (۲۰۱۱) تدوین شده و فراوانی و عملکرد رفتارهای آسیب‌رسان به قصد غیرخودکشی (NSSI) را ارزیابی می‌کند. این سیاهه دو بخش دارد: بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خودآسیب‌رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه قصد خودکشی انجام می‌شوند شامل: کوبیدن/زدن، گاز گرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بریدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فروکردن سوزن در بدن و خوردن مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می‌کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگی‌های توصیفی رفتارهای آسیب‌رسان غیرخودکشی‌گرا مانند: تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خودآسیب‌رسانی را ارزیابی می‌کند. پایایی به روش بازآزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته‌ای  $r=0/85$  به دست آمده است همچنین همسانی درونی بین سؤال‌های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $0/84$  به دست آمد (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان غیرخودکشی‌گرا را ارزیابی می‌کند. این بخش ۱۳ عملکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان را که هم در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تأیید قرار گرفته‌اند را ارزیابی می‌کند (چاپمن، گرانتز، براون، ۲۰۰۶؛ کلونسکی، ۲۰۰۷). این ۱۳ عملکرد زیر دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: کارکردهای درون‌فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و کارکردهای بین‌فردی (استقلال، حریم‌های بین‌فردی، تأثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی) گزینه‌ها به صورت لیکرت

سه گزینه‌ای تدوین شده است که از ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تاحدی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه‌بندی شده است. بنابراین هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند. همچنین میانگین نمره مقیاس‌های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها بر تعداد آنها به دست می‌آید. نمرات بالا نشان دهنده وجود مشکل در آن حوزه و نمرات پایین نشان‌دهنده عدم وجود مشکل در آن حوزه می‌باشد. بخش کارکردی سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). این بخش سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ کارکرد درون‌فردی  $0/89$  و کارکرد بین-فردی  $0/75$ ) نشان می‌دهد. این سیاهه در مطالعات داخلی تا کنون استفاده نشده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کارکرد درون‌فردی  $0/83$  و کارکرد بین-فردی  $0/77$  به دست آمد.

۲. پرسشنامه نشخوار فکری: نولن هوکسما و ماور (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خود آتما تدوین نمودند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس (DRS) تشکیل شده است. پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد. این پرسشنامه در ایران توسط منصوری در سال ۲۰۱۲ مورد بررسی قرار گرفته است (لامینت، ۲۰۰۴). بر اساس شواهد تجربی، مقیاس‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه  $0/88$  تا  $0/92$  قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی باز آزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری  $0/67$  است. آلفای کرونباخ در پژوهش منصوری  $0/90$  بدست آمد. اعتبار پیش بینی مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند سطح اولیه

روش‌های مختلف آرام‌سازی (عضلانی، تنفسی)، بازسازی شناختی، بازخورد زیستی، حساسیت زدایی منظم، تمرین رفتاری، توقف فکروجرات آموزشی، بعنوان یکی از روش‌های مقابله با مشکلات روانی حین درمان‌های طبی توسط بسیاری از محققین پیشنهاد شده است (هاوتون کیت و همکاران، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۷۶). اساس مداخله‌ها در درمان شناختی رفتاری گروهی تأکید بر اصول مکتب درمان شناختی رفتاری و به طور همزمان در نظرگرفتن عوامل فرآیند گروهی است (بیلینگ، مک‌کب و آنتونی، ۲۰۱۳). درمان شناختی رفتاری یکی از انواع روان‌درمانی‌هایی است که از نظر تجربی بسیار معتبر است به طوریکه نتایج ۳۵۰ مطالعه انجام شده در این زمینه نشان دهنده کارایی این شیوه درمانی در درمان اختلالات روان‌پزشکی از قبیل افسردگی اختلالات اضطرابی، اختلال‌های شخصیت و روان‌پریشی است (بیلینگ و کوپکن، ۲۰۰۳).

افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی‌کننده (منصوری، ۲۰۱۰). این پرسشنامه ۲۲ عبارت دارد که هر کدام در مقیاسی از هرگز (۱) تا اغلب اوقات (۴) درجه بندی می‌شوند. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌کنیم. امتیاز کلی، دامنه‌ای از نمره ۲۲ تا ۸۸ خواهد داشت. هر چه امتیاز بالاتر، نشانگر شدت نشخوار فکری بالاتر فرد خواهد بود و برعکس.

**۳. درمان شناختی-رفتاری:** درمان شناختی رفتاری درمان شناختی - رفتاری، رویکردی فعال، جهت‌بخش، محدود و از لحاظ زمانی سازمان یافته است که طبق آن هیجان و رفتار فرد عمدتاً برحسب ساخت یابی او از جهانش تعیین می‌شود و به طور ویژه در درمان افسردگی مؤثر بوده است؛ چرا که این درمان با تمرکز بر افکار و اعتقادات ناکارآمد که باعث آغاز و حفظ افسردگی شده‌اند، باعث بهبود افسردگی می‌شود. بکارگیری درمان‌های شناختی-رفتاری شامل روش‌های مختلف

#### جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	فرآیند جلسه
اول	ایجاد ارتباط با اعضای گروه، توضیح قوانین گروه، آموزش درباره افسردگی و نشخوار ذهنی، رفتار خود آسیب رسانی، آشنایی شرکت کنندگان با مؤلفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطحی اولیه قرارگرفته بین رویداد و واکنش هیجانی
دوم	آشنایی با مدل رفتاری شناختی
سوم	خودپایی فعالیت تسلط - لذت و فعال سازی بیمار: آشنایی ارتباط خلق افسرده و نبود فعالیت، آموزش فعال سازی رفتاری
چهارم و پنجم	هدف‌گزینی و آشنایی با انواع خلق
ششم	شناخت افکار منفی در بروز و تشدید افسردگی، آشنایی با افکار خودآیند
هفتم و هشتم	آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود و چالش با آن‌ها
نهم و دهم	بازسازی شناختی: شناسایی باورهای منفی، تکنیک پیکان رو به پایین عمودی، آموزش چالش با باورهای منفی
یازدهم و دوازدهم	پیشگیری از عود: بررسی طرح‌های شرکت کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اجرای پس‌آزمون

نهایت در حیطه‌ی عملیاتی با توجه به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (هدفمند) تعداد ۲۸ نوجوان خود آسیب رسان بدون قصد خودکشی و اجرای مصاحبه بالینی انتخاب شدند. در ابتدا توضیحات مقدماتی در خصوص هدف طرح، تعداد جلسات و محتوای آموزش، نحوه‌ی

#### روش اجرا

به منظور اجرای بسته آموزشی، ابتدا از طریق مصاحبه با متخصصان و اساتید دانشگاهی به منظور دریافت دیدگاه‌ها و ایده‌های آن‌ها در هر یک از مراحل کار پژوهشی پرداخته شد. پس از اخذ بازخورد و گرفتن تایید، در

اصول اخلاق حرفه‌ای، گروه گواه به منزله گروه لیست انتظار به شمار می‌رود و درمانگران ملزم شدند پس از پایان پژوهش، به آنان درمان مورد نظر (CBT) را ارائه دهند و انجام شد.

### یافته‌ها

شرکت کنندگان گروه آزمایش (درمان شناختی- رفتاری) در مقطع دبیرستان (پایه دهم، یازدهم و دوازدهم) در حال تحصیل بودند. ۵۵ شرکت کنندگان را دختر و ۴۵ پسر تشکیل می‌دادند.

همکاری و تکمیل پرسشنامه به نوجوانان شرکت کننده داده شد و پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان در خصوص اجرا طرح، پیش‌آزمون نشخوار فکری نولن هوکسما از هر دو گروه در جلسه نخست دریافت شد و سپس بر روی گروه آزمایش، دوازده جلسه درمان شناختی- رفتاری، به شیوه ی گروهی و دوبار در هفته اجرا شد و در این مدت گروه گواه تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. در نهایت، پس از اتمام جلسات درمانی بر روی گروه آزمایش، مجدداً بر روی هر دو گروه، پرسشنامه نشخوار فکری اجرا شد. همچنین جهت رعایت

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در بعد و قبل از درمان شناختی - رفتاری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار فکری	آزمایش	۶۳/۶۰	۶/۸۵	۴۸/۱۱	۹/۲۷
	گواه	۶۶/۳۹	۸/۱۲	۵۶/۳۰	۷/۴۰

خطا  $0.05$  می‌باشد. با توجه به مقدار  $P$  عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. در نتیجه، در آزمون فرضیات تحقیق از آزمون‌های پارامتریک استفاده شده است. نتایج آزمون همگنی واریانس لون برای نشخوار فکری در نوجوانان خودآسیب رسان معنی‌دار نمی‌باشند. این یافته‌ها به محقق اجازه می‌دهند که فرض کند واریانس دو گروه در متغیرهای وابسته با هم مساوی هستند. همچنین معنی‌دار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. بنابراین اجرا کواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون و گروه صورت می‌گیرد. یعنی آیا میانگین‌های جامعه در گروه آزمایش و گواه یکی است.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف نشخوار فکری و تحمل استرس در نوجوانان خودآسیب رسان در بعد از درمان شناختی - رفتاری بهتر از قبل از درمان شناختی - رفتاری می‌باشد. به منظور آزمون فرضیات پژوهش میانگین‌های نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایشی و گواه از طریق تجزیه و تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. قبل از اجرای تحلیل کواریانس (ANCOVA) مفروضه‌های نرمال بودن توزیع متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه رابطه بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته، مفروضه برابری واریانس، وجود فرض همگنی شیب‌ها (رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد سطوح احتمال (مقدار  $P$ ) در کلیه متغیرهای تحقیق بزرگ‌تر از سطح

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس

گروه	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	Sig.	مجذور اتای سهمی
گروه	۳۲۹/۱۹۳	۱	۳۲۹/۱۹۳	۵/۷۸۲	۰/۰۲۳	۰/۱۷۶
خطا	۲۷۲۳/۹۸۹	۲۷	۱۰۰/۸۸۸			
کل	۷۵۳۲۳/۰۰۰	۳۰				

معانی احساس‌ها و علائم را تغییر دهند و احساس بهتری داشته باشند. درمان شناختی رفتاری به نوجوانان کمک می‌کند تا افکار، احساسات و رفتارهای منفی و غیرمفید ناشی از تجربیات آسیب‌زا را اصلاح کنند. به نظر می‌رسد مجموعه‌ی عوامل شناختی و رفتاری می‌توانند در پیچه تازهای از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی جهت تنظیم هیجان پیش روی نوجوانان خود آسیب‌رسان بکشایند.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

### مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهومی‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### References

پیوسته‌گر، مهرانگیز. (۱۳۹۲). شیوع رفتار خودآسیبی عمدی و رابطه آن با احساس تنهایی و سبک دلبستگی در دانش‌آموزان دختر. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی دانشگاه الزهراء. ۹ (۳)، ۲۹-۵۱.

خانی‌پور، حمیدرضا؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۵). خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان بزه‌کار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه‌ها و

مطابق جدول ۳، تفاوت نشخوار فکری در دو گروه ( $F=5.782$ ;  $df=1,27$ ;  $P=0.023$ ) معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نشخوار فکری در نوجوانان خودآسیب‌رسان تأثیر دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشخوار فکری نوجوانان خودآسیب‌رسان انجام شده است. مشخص گردید گروه کودکان ۱۶ تا ۱۸ ساله که درمان شناختی رفتاری را دریافت نمودند نسبت به کودکانی که این درمان را دریافت نکردند، تغییر معناداری از نظر میزان نشخوار فکری شده نشان دادند. این یافته با پژوهش‌هایی همسوست که به آن‌ها اشاره می‌شود. کلس و ایدوز (۲۰۱۸) طی تحقیقی در افراد افسرده دریافتند که درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی تأثیر دارد. در پژوهش لی و همکاران (۲۰۱۸) که با روش فراتحلیل صورت گرفت، نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی روش بسیار کارآمدی است. اسپینفون و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای که با روش فراتحلیل انجام دادند، پس از بررسی ۳۶ پژوهش در رابطه با اثربخشی مداخلات درمانی مختلف بر نشخوار فکری، اظهار کردند که درمان شناختی رفتاری در کاهش نشخوار فکری درمان مؤثرتری است. همچنین نتایج پژوهش هاوولی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که آموزش انواع مهارت‌های درمان شناختی رفتاری مانند فعال‌سازی رفتاری و بازسازی شناختی در کاهش علائم افسردگی تأثیر دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی شناختی با استفاده از راهبردهای برنامه‌ریزی فعالیت باعث می‌شود افراد فعالیت‌های لذتبخش را انجام دهند و اجرای فعالیت‌ها سبب تغییر نگرش مثبت و تغییر خلق آنها می‌گردد؛ از طرفی این روش به افراد کمک می‌کند تا با شناخت افکار ناکارآمد و چالش با خطاهای شناختی و اصلاح باورهای منفی درباره‌ی خود و دیگران و آینده، خلق منفی درباره‌ی علل و



- Khanipour, H., Borjali, A., & Falsafinajad, M. R. (2016). Non-suicidal self-injury in delinquent adolescents and adolescents with a history of childhood abuse: motives and likelihood of suicide. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 6(21), 59-79.
- Li JM, Zhang Y, Su WJ, Liu LL, Gong H, Peng W, et al.(2018). Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*. Oct 1;268:243-50. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.020>
- Martin, L. L., Shrira, I., & Startup, H. M. (2004). Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. *Depressive rumination*, 153-176.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313-320.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 43(10), 1281-1310.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behav Res Ther*, 28(6), 487-495.
- Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011). Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 230-236.
- Nolen-Hoeksema S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*. Nov;100(4):569-82
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 77(5), 1061.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- احتمال خودکشی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۶ (۲۱)، ۵۹-۷۹.
- هاوتون، کرک، و سالکووس کیس، کلارک. (۱۳۸۸). رفتاردرمانی شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، تهران، انتشارات ارجمند.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. 1979. New York: Guilford Press Google Scholar.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2013). *Cognitive-behavioral therapy in groups*: Guilford Press.
- Butler, G., Wells, A., & Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23, 45-45.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 14(9), 418-424.
- Cook L, Watkins E. Guided(2016). internet-based, rumination-focused cognitive behavioural therapy (i-RFCBT) versus a no-intervention control to prevent depression in high-ruminating young adults, along with an adjunct assessment of the feasibility of unguided i-RFCBT, in the REducing Stress and Preventing Depression trial (RESPOND): study protocol for a phase III randomised controlled trial. *Trials* ;17(1):1-11. Doi: 10.1186/s13063-015-1128-9
- Covin, R. Ouimet, A. J. Seeds, P. M. & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with. 405-407
- Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther*, 45(11), 2664-2678.
- Hawley LL, Padesky CA, Hollon SD, Mancuso E, Laposa JM, Brozina K, et al.(2017). Cognitive-behavioral therapy for depression using mind over mood: CBT skill use and differential symptom alleviation. *Behavior therapy*. Jan 1;48(1):29-44. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.003>
- Keles S, Idsoe T.(2018). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of adolescence*. 2018 Aug 1;67:129-39. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>

- Papageorgiou C, Wells A. (2004). Depressive rumination: Nature, theory and treatment. John Wiley & Sons.
- Peyvastegar, M. (2013). Prevalence of intentional self-injurious behavior and its relationship with feelings of loneliness and attachment style in female students. *Al-Zahra University Psychological Studies Quarterly*, 9 (3), 29-51.
- Pradhan, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A. K., Magyari, T. Berman, B. M. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum*, 57(7), 1134-1142.
- Prados, J. M. (2011). Do beliefs about the utility of worry facilitate worry? *Journal of anxiety disorders*, 25(2), 217-223.
- Querstret, D., & Croypley, M. (2013). Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 996-1009.
- Spinhoven P, Klein N, Kennis M, Cramer AO, Siegle G, Cuijpers P, et al. (2018). The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: a meta-analysis. *Behaviour research and therapy*. Jul 1;106:71-85. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.04.002>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Ruminative response style. Risk factors in depression, 221-236.

