



## The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy in Cognitive Fusion, Emotional Dysregulation, and Suicidal Ideation in Patients with Major Depressive Disorder

Fereshteh Shirazi<sup>1</sup>, Nasim Jahangiri<sup>2</sup>, Leila Jafari<sup>3\*</sup>, Zahra Akbari<sup>4</sup>

1- Master of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

2- Master of Clinical Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

4- Master of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

**Corresponding Author:** Leila jafari, Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

**E-mail:** [Leila20jafari@gmail.com](mailto:Leila20jafari@gmail.com)

Received: 14 June 2022

Accepted: 10 Dec 2022

### Abstract

**Introduction:** Mindfulness may be considered as a state of promoting self-awareness to improve cognitive fusion, emotional dysregulation, and suicidal thoughts. Therefore, this study was done aimed to evaluate the effect of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in cognitive fusion, emotional dysregulation, and suicidal ideation in patients with major depressive disorder.

**Methods:** The study was a quasi-experimental with the pre-test-post-test design and the control group. The statistical population included all people with major depressive disorder who referred to the Zhuan Clinic in Tehran in 2021. 30 patients with major depression were selected by convenience sampling method and randomly in two experimental groups (15 subjects) and control subjects (15 subjects) were included. During eight 90-minute sessions, the experimental group was subjected to mindfulness-based therapy group two days a week, but no intervention was performed on the control group. Both before and after the intervention, answered standard Guilford et al.'s cognitive fusion questionnaires (2010), Gratz and Romer (2004) emotion difficulty scale, and Beck's (1979) suicidal ideation scale. Data analysis by SPSS software version 23.

**Results:** There was a significant difference between the average post-test scores of the intervention group and the control group. In this way, the cognitive therapy training based on mindfulness significantly led to a decrease in the mean post-test score of cognitive fusion variables, emotional dysregulation and suicidal thoughts compared to the pre-test scores in the intervention group ( $P < 0.01$ ).

**Conclusions:** According to the obtained results, the use of group therapies such as mindfulness has positive effects on reducing on cognitive fusion, emotional dysregulation, and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. Therefore, in different stages of treatment or after, it is possible to help reduce Cognitive and emotional variables by providing this type of training.

**Keywords:** Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Cognitive Fusion, Emotional Dysregulation, Suicidal Thoughts, Major Depression.



## تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

فرشته شیرازی<sup>۱</sup>، نسیم جهانگیری<sup>۲</sup>، لیلا جعفری<sup>۳</sup>، زهرا اکبری<sup>۴</sup>

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

نویسنده مسئول: لیلا جعفری، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

ایمیل: [Leila20jafari@gmail.com](mailto:Leila20jafari@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** ذهن آگاهی ممکن است به عنوان یک حالت ارتقا دهنده تفکر خودآگاهی برای بهبود هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی در نظر گرفته شود. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی (پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که به کلینیک ژوان تهران در سال ۱۴۰۰ مراجعه نمودند. ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، ۲ روز در هفته تحت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت اما در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه‌های هم‌جوشی شناختی گیلفورد و همکاران (۲۰۱۰)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴) و مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

**یافته‌ها:** بین میانگین نمره‌های پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت، بدین ترتیب که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری منجر به کاهش میانگین نمره پس آزمون متغیرهای هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی نسبت به نمره‌های پیش آزمون در گروه مداخله شد ( $P < 0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، استفاده از درمان‌های گروهی همچون شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر کاهش هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بر جای می‌گذارد. لذا در مراحل مختلف درمان یا پس از آن می‌توان با ارائه این دسته از آموزش‌ها به کاهش متغیرهای شناختی و هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی کمک کرد.

**کلیدواژه‌ها:** شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی، افکار خودکشی، افسردگی اساسی.

افسردگی (depression) از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که روند روبه‌رشد آن، مشکل اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. افسردگی با علائمی از جمله فقدان احساس لذت، انزوای اجتماعی، نداشتن انگیزه، کم‌یا زیاد شدن اشتها، کاهش انرژی و اختلال خواب همراه است (۱). این اختلال می‌تواند طیف وسیعی از فعالیت‌های روزانه را تحت تأثیر قرار دهد، مسیر زندگی فرد را به طور منفی تغییر دهد و حتی ممکن است منجر به خودکشی شود (۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیش از دویست و پنجاه میلیون نفر در سراسر جهان از افسردگی رنج می‌برند (۳) به علاوه درمان‌های متفاوتی مانند دارو درمانی، رفتار درمانی و شناخت درمانی برای افسردگی وجود دارد با این وجود، درمان این اختلال هنوز یک مساله بحث برانگیز در حوزه بهداشت روان است (۲، ۳). بنابراین توجه به عوامل زمینه‌ساز و مکانیسم‌های روان‌شناختی شکل‌دهنده این اختلال ضروری به نظر می‌رسد.

پژوهش‌ها، مکانیسم‌های روان‌شناختی مختلفی را در اختلالات روانی از جمله افسردگی و خودکشی دخیل می‌دانند (۲، ۳)، برخی پژوهش‌ها هم‌جوشی شناختی (cognitive fusion) را سنگ‌بنای آسیب‌شناسی روانی می‌دانند (۴، ۵)، به عبارت دیگر هم‌جوشی شناختی یکی از فرایندهایی است که نقش مهمی در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی دارد (۶). تحقیقات تجربی شواهدی ارائه کرده است که آمیختگی شناختی به طور مثبتی با افسردگی مرتبط است (۷، ۸). آمیختگی شناختی پدیده‌ای است که به وسیله آن افراد به جای اینکه آن‌ها را به عنوان حالت‌های درونی گذرا ببینند، معنای تحت‌لفظی افکار خود را باور می‌کنند (۷). در واقع آمیختگی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد بر روی رفتار اثر گذاشته و باعث می‌شود، فرد به جای توجه به فرایند (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه نماید. زمانی که این فرایند بر تجربه فرد غلبه داشته باشد منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌گردد (۹). بنابراین فردی با یک پیشینه طولانی از عدم تأیید در روابط بین فردی، شاید نتواند هرگز این فکر «کسی مرا دوست ندارد» را حذف نماید، اما اگر قادر باشد از فکر جدا شود، آن فکر منجر به رفتارهای انزوایی، ناتوانی در تنظیم هیجان و در نتیجه بدتر

شدن افسردگی نمی‌شود (۹). همچنین براساس مدل‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی، بی‌نظمی هیجانی و راهبردهای ناکارآمد مرتبط با آن همچون نشخوارفکری، نگرانی، اجتناب رفتاری، سرکوب فکر، خودسرزنجی، رفتارهای پرخطر، افسرده‌وار و غیره زمانی می‌تواند به بروز و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی منجر شود که هم‌جوشی شناختی در فرد تشکیل شده باشد. به عبارت دیگر بی‌نظمی هیجانی و راهبردهای ناکارآمد و افکار پرخطر مرتبط با آن پیامد بلافاصله هم‌جوشی شناختی هستند (۸، ۹).

علاوه بر مولفه‌های شناختی آسیب‌زا همانند هم‌جوشی شناختی در رشد و تداوم اختلال افسردگی، مولفه‌های هیجانی همچون بی‌نظمی هیجانی (emotional dysregulation) نیز نقش قابل توجهی در افسردگی ایفا می‌کند (۱۰). در بین اختلال‌های روانی، اختلال درونی‌ساز (اضطراب و افسردگی) ارتباط نسبتاً قوی با بدتنظیمی هیجان دارد. تنظیم هیجان به مجموعه ناهمگونی از فرایندها اشاره دارد که با آن‌ها هیجان تنظیم می‌شود و به کمک این فرایندها، افراد می‌توانند برای اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن را تجربه نمایند و چگونه تجربه و ابرازشان کنند، تأثیر بگذارند (۱۰). راهبردهای تنظیم هیجان از همیسته‌های اساسی رفتاری ایده‌پردازی خودکشی و آسیب‌شناسی روانی است (۱۱). در واقع شاید یکی از دلایل ایده‌پردازی‌های خودکشی تأثیر هیجان بر افکار خودکشی و آمیختگی تجارب شناختی و هیجانی با آن‌ها باشد. خودکشی یک پدیده چندبعدی است اما مسیر منتهی به خودکشی، یک عامل مشترک دارد که شامل یک نوع هیجان ناخواسته می‌باشد که بسیار مشقت‌بار و غیرقابل تحمل است (۱۲). هم‌جوشی شناختی نیز یکی از مولفه‌هایی است که می‌تواند نقش مهمی در بروز افکار خودکشی در افراد افسرده داشته باشد (۱۳) به عبارتی در هم‌جوشی شناختی افکار و احساسات چنان شخص را گیج می‌کنند که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخص، تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی نیست؛ بنابراین این گونه تصور می‌شود که وقتی افراد در این حالت سردرگم هستند قادر به انجام واکنش مناسب به وقایع مختلف به طور منظم نمی‌باشند (۱۴) در واقع انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی خود را آزاردهنده می‌دانند و

از تنفس، حرکت و فعالیت‌های روزمره و فضا سازی در جلسه‌های هفتگی و گروهی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی رسمی و غیررسمی را به مراجعان آموزش داد. امروزه شواهد زیادی وجود دارد که نشان از اثربخشی آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روانی دارد (۱۶). به عنوان مثال پژوهش‌های ویلیامز و همکاران (۱۷)، پاشا و سراجی (۱۸) نشان داد که در رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد از طریق روابط جدیدی که با افکارشان شکل می‌دهند، احساس بهبودی بیشتری پیدا می‌کنند و به نوعی این رویکرد در درمان افسردگی اساسی، وسواس و افکار خودکشی اثربخش بوده است. به طور کلی شماری از پژوهش‌ها نیز اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کاهش علائم افسردگی و افکار خودکشی نشان داده‌اند (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹).

با وجود پژوهش‌های قبلی و آثار مفید مداخلات روانشناختی مانند ذهن‌آگاهی بر روی بیماران افسرده، اما هم‌چنان خلاء پژوهشی در زمینه توجه به نقش مولفه‌های شناختی و هیجانی به صورت منسجم در این نوع از مداخلات مشهود است. لذا با توجه به مطالب گفته شده، توجه به اهمیت نقش دو مولفه آمیختگی شناختی و بی‌نظمی هیجانی به عنوان سازه‌های فراتشخیصی بنیادین در بروز و تداوم اکثر اختلال‌های روان شناختی به ویژه اختلال افسردگی ضرورت دارد و به علاوه به سبب اهمیت توجه به افکار خودکشی در این اختلال و توجه بیشتر محققین به رویکردهای جدید موج رفتاری در قرن حاضر؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی صورت گرفت.

## روش کار

مطالعه حاضر یک طرح نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که به کلینیک ژوان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ مراجعه نمودند و توسط متخصص مرکز و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه ساختاریافته (SUD) واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شدند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به

پیوسته برای تغییر این تجارب یا رهایی از آنها تلاش می‌کنند. این تلاش‌ها برای کنترل هیجانات بی‌تاثیر است و به طور متناقضی احساسات، هیجانات و افکار را تشدید می‌کند و لذا ممکن است افراد به راهکارهای مخرب و نامناسبی از جمله آسیب و حمله به خود، جهت رهایی از تجارب ناخوشایند متوسل شوند. بنابراین به طور کلی مولفه‌های چندبعدی از جمله مولفه‌های شناختی و هیجانی (هم‌جوشی شناختی و بی‌نظمی هیجانی) ممکن است در تبیین افسردگی و افکار خودکشی نقش داشته باشند.

از جمله رویکردهای روان شناختی که در زمینه مولفه‌های شناختی و هیجانی موضع‌گیری نموده و معتقد است که راهبردهای تنظیم هیجان و یا هم‌جوشی شناختی به تنهایی نمی‌توانند به طور مستقیم شدت و واریانس علائم افسردگی را تبیین کنند، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness) است (۱۰). مدل‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی معتقدند که شکل خاصی از کیفیت منجر به رنج بیمار می‌گردد و متقابلاً تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند وی را از بیماری برهاند (۱۰). یکی از انواع این مدل‌ها، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) است که مفهوم ذهن‌آگاهی را با اصول نظریه‌های شناختی- رفتاری درهم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را در بر می‌گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند. مثلاً اظهاراتی چون «افکار واقعیت نیستند»، «من افکارم نیستم». شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کاهش عود افسردگی طراحی شده است، بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت و آمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان لزوماً نمایان‌گر واقعیت نیستند. در این رویکرد، فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوارفکری خود، هم‌جوشی شناختی و به تبع بی‌نظمی هیجانی نیفتند (۱۵). به عبارت دیگر پرورش آگاهی به شیوه ذهن‌آگاهی باعث می‌شود بیماران به طور آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کنند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی بدانند که بازنمایی‌های واقعیت نیستند (۱۶). در این شیوه درمانی می‌توان با تکنیک‌های همچون وارسی بدنی، آگاهی

## فرشته شیرازی و همکاران

نظارت پژوهشگران و افراد آموزش دیده اجرا گردیدند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، ۲ روز در هفته (به مدت دو ماه) تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق پروتکل راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل قرار گرفتند (۲۰)؛ ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت پس از پایان مداخله از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس از آزمون به عمل آمد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت گردید: رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، اصل رازداری در طول پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روان شناختی شرکت کنندگان و اینکه اگر تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نداشتند، به خواست آنها احترام گذاشته می‌شد. پس از پایان پژوهش به منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه کنترل، شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی برگزار گردید. جدول ۱ محتوای جلسات درمانی صورت گرفته مطابق با پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (۲۰) را نشان می‌دهد.

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (۲۰)

جلسه ها	محتوای جلسه ها
نخست	توجه به هدایت خودکار و آموزش حضور ذهن، واریسی بدنی
دوم	رویابویی با موانع، تمرین بر روی حس های ناراحت، سرگردانی ذهنی و عادات تکرار شونده ذهن، تمرین در دنیای واقعی.
سوم	حضور ذهن از تنفس، مراقبه نشستن به عنوان تمرین، رویابویی با افکار از طریق کنترل در آوردن آنها، بازشناسی الگوهای افکار خودکار، عمومیت بخشی به تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای.
چهارم	ماندن در زمان حال، تماس راحت، کشف تجربه، دلبستگی و بیزاری، محدود کردن و گسترش توجه، توجه به شناختهای معیوب، درگیر شدن و جایگزینی آنها.
پنجم	اجازه / مجوز، ایجاد رابطهای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، استفاده از فضای تنفس - دستور العملهای گسترده، ادامه ی شیوه های شناختی.
ششم	افکار حقایق نیستند، رویابویی با افکار در شناخت درمانی و رویکرد حضور ذهن، دیدن «نوار در ذهن» برای آگاهی از آنچه در ذهن می گذرد، آماده شدن برای آینده، ادامه ی شیوه های شناختی.
هفتم	چطور می توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، توجه به ارتباط بین فعالیت و خلق، شناسایی نشانه های خود، برنامه فعالیت برای رویابویی با خطر، پیشگیری از عود
هشتم	بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود مجدد.

تقلیل یافت که در نهایت در یک فرایند تجربی و با استفاده از تحلیل عاملی و آلفای کرونباخ، مقیاس هم جوشی شناختی به ۱۳ سوال تقلیل یافت (۲۱). زارع (۲۲) به بررسی اعتباره سازه پرسشنامه ۱۳ سوالی هم جوشی شناختی گیلفورد پرداخت. نتایج استفاده از روش های اکتشافی به استخراج عامل ها نشان داد که بارهای عاملی مربوط به سوال ها به جز سوال ۱۳ بالاتر از ۵۰٪ بود، دو عامل هم جوشی

صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه مطالعه حاضر را تعیین نموده است (۱۷، ۱۸، ۱۹). ملاک های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارتند از: رضایت آگاهانه، تشخیص اختلال افسردگی اساسی، گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا و توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از یک جلسه در فرایند جلسه، وجود سایر اختلالات روان پزشکی، سوء مصرف مواد و وجود هرگونه مشکل ذهنی یا شناختی (از طریق مصاحبه توسط کارشناسان مرکز) بود. شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی ها و جایگزین کردن آن ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا توضیح مختصری در مورد هدف پژوهش و کسب رضایت کتبی از شرکت کنندگانی که مایل به همکاری بودند، صورت گرفت، همچنین قبل از اجرای پرسشنامه ها از عدم خستگی جسمی و روحی آزمودنی ها و از درک دست آزمودنی ها اطمینان حاصل شد، سپس پرسشنامه های پژوهش (پیش آزمون) با

جهت جمع آوری داده ها از ابزار های «پرسشنامه استاندارد هم جوشی شناختی»، «مقیاس دشواری در تنظیم هیجان» و «مقیاس افکار خودکشی» استفاده گردید.

پرسشنامه استاندارد هم جوشی شناختی، این پرسشنامه توسط گیلفورد و همکاران در سال ۲۰۱۰ طراحی شده است. این پرسشنامه ابتدا دارای ۴۴ سوال بوده است که بعدها پس از نتایج تحلیل عاملی تعداد سوالات آن به ۲۸ سوال

روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می باشد مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس نمره ۵-۰ وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهد. آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس های افسردگی و ناامیدی بک دارد (۲۶). این مقیاس در ایران توسط انیسی و همکاران بر روی سربازان ایرانی اعتبار یابی شده است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی همزمان آن با مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۷). داده های به دست آمده از پژوهش نیز با استفاده از کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

### یافته ها

مشخصات توصیفی نمونه های مطالعه در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۲۷/۱۳ و ۵/۵۲۷؛ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۲۶/۳۳ و ۶/۴۷۷ بود. میزان آماره تی مستقل به دست آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی دو گروه در متغیر سن برابر با  $t\text{-test}=0/364$  می باشد این میزان به لحاظ آماره معنادار نمی باشد ( $P=0/719$ ) که نشان دهنده همگنی ۲ گروه از نظر سن می باشد. همچنین در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) زن و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) مرد بودند. در گروه کنترل ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) زن و ۱۱ نفر (۷۳/۳۳ درصد) مرد بودند. میزان خی دو به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های دو گروه در متغیر جنسیت برابر با  $\chi^2=0/159$  و غیرمعنادار می باشد. که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر جنسیت می باشد. در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مجرد و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) متاهل بودند. در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) متاهل بودند. میزان خی دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های دو گروه در متغیر وضعیت تاهل برابر با  $\chi^2=0/136$  و غیرمعنادار می باشد. که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر وضعیت تاهل می باشد.

شناختی و گسلش شناختی ۴۹/ درصد از کل واریانس را تبیین می کند. سوال ۱۳ به دلیل داشتن بارعاملی کمتر از ۰/۵۰ از پرسشنامه حذف شد و تعداد سوال ها از ۱۳ به ۱۲ تقلیل یافت (۲۲). نسخه دارای ۱۲ سوال و دو مولفه «گسلش» و «همجوشی» را اندازه گیری می کند. سؤالات پرسشنامه در طیف لیکرت به صورت ۷ گزینه ای (۱=هرگز، ۲=خیلی به ندرت، ۳=به ندرت، ۴=برخی اوقات، ۵=اغلب، ۶=تقریباً همیشه، ۷=همیشه) پاسخ داده می شود. گیلفورد و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۰ گزارش کردند (۲۱). نتایج پژوهش زارع نشان داد پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شد (۲۲).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان، این مقیاس شامل ۳۶ سوال است و ۶ مولفه عدم پذیرش پاسخ های هیجانی؛ دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند؛ دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی؛ فقدان شفافیت هیجانی را اندازه گیری می کند. نمره گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه ای از تقریباً اصلا تا تقریباً همیشه نمره گذاری می شود. به این صورت که اصلا ۱ نمره، گاه گاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می گیرد. سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس هستند. سازندگان مقیاس برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ به دست آمده است (۲۳). در داخل ایران اعتبار مقیاس به روش آزمون بازآزمایی ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۲۴). در یک پژوهش دیگر برای بررسی اعتماد مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس ها در دامنه بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ به دست آمده است (۲۵).

مقیاس افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. در این مقیاس هر سوال دارای سه گزینه است. نمره گذاری پرسشنامه به



## فرشته شیرازی و همکاران

جدول ۱. ویژگیهای توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۵	۴	۲۶/۶۷	۰/۱۵۹
	مرد	۱۰	۱۱	۷۳/۳۳	
وضعیت تاهل	مجرد	۷	۶	۴۰	۰/۱۳۶
	متاهل	۸	۹	۶۰	

خودکشی ( $F=3/219$ ,  $P=0/084$ ) به دست آمد که نشان دهنده رعایت کردن مفروضه همگنی واریانس های بین گروهی است. همچنین جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد ( $F=10/900$ ,  $P=0/142$ ). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

(جدول ۲) میانگین و انحراف معیار همجوشی شناختی، بی نظمی هیجانی و افکار خودکشی در گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود. پیش فرض همگنی واریانس ها (پس آزمون) با آزمون Levene بررسی شد که آماره های آن برای همجوشی شناختی ( $F=0/343$ ), بی نظمی هیجانی ( $F=0/127$ ,  $P=0/724$ ) و افکار خودکشی ( $P=0/563$ )، بی نظمی هیجانی ( $F=0/127$ ,  $P=0/724$ ) و افکار

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
همجوشی شناختی	۶۰/۸۰	۵۳/۶۷	۶۱/۰۷	۶۰/۳۳
	۱/۶۵۶	۲/۲۵۷	۱/۱۶۳	۱/۸۳۹
بی نظمی هیجانی	۱۳۴/۲۰	۱۱۱/۲۰	۱۳۴/۹۳	۱۳۳/۴۷
	۲/۶۲۴	۴/۶۱۷	۳/۴۹۴	۶/۵۵۶
افکار خودکشی	۱۲/۳۳	۹/۵۳	۱۱/۵۳	۱۱/۴۰
	۰/۷۲۴	۰/۹۱۵	۰/۹۱۵	۰/۹۸۶

متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۷۹/۴ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. در ادامه از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در (جدول ۴) ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون همجوشی شناختی، بی نظمی هیجانی و افکار خودکشی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون همجوشی شناختی، بی نظمی هیجانی و افکار خودکشی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۷۹۴	۲۹/۶۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۲۰۶	۲۹/۶۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۳/۸۶۳	۲۹/۶۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۳/۸۶۳	۲۹/۶۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴	۰/۹۹۹

نظمی هیجانی ۰/۷۵۱ و کاهش افکار خودکشی ۰/۵۹۹ به دست آمده است. از آنجایی که ضریب تاثیر نشان دهنده میزان تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته است، نتایج به دست آمده از ضریب تاثیر نشان دهنده آن است که میزان تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بی نظمی هیجانی بیشتر از سایر متغیرهای وابسته بوده است.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش همجوشی شناختی ( $F=۵۶/۷۵۶$ ,  $P=۰/۰۰۱$ )، بی نظمی هیجانی ( $F=۷۳/۵۸۵$ ,  $P=۰/۰۰۱$ ) و افکار خودکشی ( $F=۳۷/۳۱۱$ ,  $P=۰/۰۰۱$ ) در مرحله پس آزمون تاثیر دارد. همچنین میزان تاثیر بر کاهش همجوشی شناختی ۰/۷۰۵، بر کاهش بی

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره همجوشی شناختی، بی نظمی هیجانی و افکار خودکشی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
همجوشی شناختی	۲۵۰/۶۶۴	۱	۵۹/۷۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵	۰/۹۹۹
بی نظمی هیجانی	۲۴۲۰/۲۶۳	۱	۷۳/۵۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱	۰/۹۹۹
افکار خودکشی	۲۷/۷۱۷	۱	۳۷/۳۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹	۰/۹۹۹

اسیر آنها شود. ذهن آگاهی حالتی از آزادی روان شناختی است که نتیجه آن آرامش خاطر و اطمینان است، بدون اینکه به دیدگاه خاصی دل بسته باشد. موقعیتی که در آن حفظ خودارزشمندی یا عزت نفس، مهم تلقی می شود و به جای قضاوت درباره تجربیات به عناوین خوب، بد، سالم یا ناسالم، ذهن آگاهی همه تجربه های شخصی را فقط به همان صورت قبول می کند که در لحظه فعلی وجود دارند. بر این اساس ذهن آگاهی در پاسخ های هیجانی سالم تر نقش دارد (۳۵) و توجهی دقیق همراه با پذیرش و به دور از قضاوت به جای تجارب دارد، درحالی که ذهن آگاهی پایین باعث کاهش درک افراد از هیجانات و پذیرش کمتر احساسات منفی است (۳۶). افراد با ذهن آگاهی پایین درباره توانایی شان در تنظیم هیجانات منفی انتظار پایینی دارند؛ درحالی که افراد با ذهن آگاهی بالا در مواجهه با دامنه وسیعی از افکار، هیجانات و تجربه های خوشایند و ناخوشایند توانا تر هستند و خودنظم دهی بیشتری دارند (۳۵). همچنین افزایش ذهن آگاهی به پرورش ویژگی های مثبتی مانند بینش، خرد، شفقت، تعادل و خون سردی منجر می شود (۳۷) که این امر می تواند زمینه بروز هیجان های منفی در فرد را کاهش دهد و این به تبع می تواند عامل

## بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در همجوشی شناختی، بی نظمی هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. نتایج یافته های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کاهش بی نظمی هیجانی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به افسردگی تاثیر معناداری دارد. نتایج این یافته ها با پژوهش های فرهادی و همکاران (۲۸)، خاکشور و همکاران (۲۹)، گوهری و همکاران (۳۰)، فولادوند (۳۱)، رسول زاده و طباطبایی (۳۲)، کاشفی نیشابوری و همکاران (۳۳) و طاهری (۳۴) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخلات مربوط به درمان های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می باشند، را با آموزه ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می باشند درآمیخته است. اولین و مهمترین عوامل تغییر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی اجازه پذیرش و تصدیق دردناک ترین هیجان ها را به فرد می دهد، بدون اینکه



## فرشته شیرازی و همکاران

می‌افتد که فرد در بافت فکری خود گرفتار می‌شود (۳۹). به باور هیز (۱۴) پذیرش افکار و احساسات همان گونه که هستند منجر به تضعیف هم‌جوشی شناختی می‌شود و در کنار آن پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، و به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و خود را به فعالیت‌های ارزشمند و هدفمند متعهد می‌نماید. هر چه میزان هم‌جوشی بالاتر باشد کنترل و تسلط بر محیط زندگی کم‌تر است و احساس خودکارآمدی، خودباور و بهزیستی روانی پایین‌تر است و در افرادی که مهارت‌های شناختی و رفتاری در جهت کنترل رویدادهای فشارزای محیطی ندارند باعث تردید در توانایی‌های خود و افسردگی در آنان می‌شود. افراد دارای هم‌جوشی بالا از امید به زندگی و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند و احتمال افسردگی در آنان بالاتر است. هم‌جوشی شناختی فرایندی است که انعطاف‌پذیری روانی را تهدید می‌کند و بدین ترتیب فرد را در معرض افسردگی قرار می‌دهد. بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تکنیک‌هایی را بکار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجانات را تغییر دهد و فرد را به سمت تجربه هیجانی اصلاحی هیجانات ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا بیمار، در مقابله با هیجاناتش، احساس خودکنترلی و درنهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری و هم‌جوشی شناختی پایین‌تر داشته باشد.

نتایج یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کاهش افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی تاثیر معناداری دارد. در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان چنین بیان نمود که برخلاف شناخت‌گرایان سنتی که معتقد بودند، خودکشی نمونه‌ای از رفتار حل مسئله معیوب است و مولفه حل مساله برای درمان لازم است، اما مطالعات فراتحلیل حاکی از عدم موفقیت تکنیک حل مساله در افراد خودکشی‌گرا است. اما ذهن آگاهی با تمرکز بر اصل پذیرش و گذرا بودن احساسات می‌تواند موثر باشد، به این صورت که افکار خودکشی مانند افسردگی ماهیت دوره‌ای دارند (۴۰) و همانگونه که اشنادیمن (۴۱) گفته است، در خودکشی هدف همیشه مرگ نیست و در بسیاری موارد، خواسته بیمار خاتمه بخشیدن به احساس درد روانی است، در حالی که برای بسیاری از بیماران خودکشی‌گرا این واقعیت ساده که «احساس‌های بد تا ابد

بازدارنده و محافظی برای گرایش افراد به سوی افسردگی باشد. در واقع، بالا بودن ذهن آگاهی باعث می‌شود فرد این توانایی را در خود بهبود ببخشد که در برابر افسردگی حالتی مشاهده‌گر داشته باشد و خود را غرق در افکار تکرارشونده و هیجانات منفی مرتبط با آن، نکند. بنابراین می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تمرکز بر دو اصل مبتنی بر پذیرش و تغییر سعی در بهبود حالات هیجانی در افراد افسرده دارد. در واقع از یک سو با تمرکز بر اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی، آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی‌زن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند، سعی در پذیرش و بهبود حالات هیجانی (تنظیم هیجان) و به تبع کاهش علائم افسردگی در افراد دارد، و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی، بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با افکار خودآیند و هیجانات منفی در افراد افسرده می‌پردازد.

همچنین در درمان شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ذهن آگاهی در کنار تکنیک‌های شناختی سبب می‌شوند که فرد در بافت افکار خود گیر نکند و به عبارتی گسلس شناختی نه هم‌جوشی شناختی داشته باشد. در واقع در حالت‌های توجه آگاهانه بخش اطلاعات از چرخه معیوب به سوی تجربه کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادت‌ی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی، مانند تنفس، شرایط را برای تغییر آماده کنند. ذهن آگاهی موجب توقف چرخه تجارب منفی مانند نشانه‌های افسردگی و نشخوارگری یک رویداد در گذشته می‌شود؛ زیرا ذهن آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب آمیختگی شناختی خود را کاهش می‌دهد (۳۸). در تبیینی دیگر می‌توان گفت که افراد برای ایفای نقش‌های اجتماعی-روانی-جسمی و به طور کلی برای حفظ سلامت عمومی خود باید توانایی تفسیر، تحلیل و ارزیابی مسائل مختلف را داشته باشند و این امر بدون برخورداری از مهارت‌های شناختی امکان‌پذیر نخواهد بود. هیجانات در ترکیب با افکاری که فرد از تفسیر تجارب خود دارد ممکن است تجارب درونی فرد را غیرقابل تشخیص از واقعیت کنند. پدیده هم‌جوشی شناختی زمانی اتفاق

ذهن آگاهی در کاهش هم‌جوشی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نقش معناداری دارد. در واقع رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با درهم آمیختن مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند، و آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند، می‌تواند در کاهش آمیختگی شناختی، بی‌نظمی هیجانی و افکار خودکشی در افراد افسرده موثر باشد. این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه از مقیاس‌های خودگزارشی استفاده شده است و بنابر دلایلی انجام دوره پیگیری امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود که از روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه فردی و مشاهده استفاده شود و به علاوه پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری لحاظ گردد و به علاوه با لحاظ نمودن این متغیرها و این نوع درمان، اثربخشی آن بر روی سایر اختلالات نیز بررسی شود. در آخر نیز به کلینک‌های مشاوره و روان‌درمانی پیشنهاد می‌شد که از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به افسردگی استفاده نمایند.

### سیاسگزاری

از تمامی بیماران مبتلا به افسردگی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم. قابل ذکر است که در مقاله حاضر تمامی ملاحظات اخلاقی و هلسینکی رعایت شده است.

### تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### References

1. Xiang X, Leggett A, Himle JA, Kales HC. Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018 Sep 1; 26(9):939-49. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.05.001>
2. Vancappel A, Dansou Y, Godin O, Haffen E, Yroni A, Stéphan F, Richieri R, Molière F, Horn M, Allauze E, Genty J. Cognitive impairments in treatment-resistant

دوام دارند»، در میان شبکه‌ای از احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه گم می‌شود. با کنار هم گذاشتن این دو واقعیت، می‌توان نتیجه‌گیری نمود، چنان‌چه فرد خودکشی‌گرا ابتدا آگاهی یابد که رنج روانی همیشگی نیست و سپس به او کمک شود به جای داوری منفی به این رنج، تنها نظاره‌گر آن باشد و آن را همان‌گونه که هست بپذیرد، می‌توان به او کمک نمود تا دوره محدود خودکشی‌گرایی را بدون خطر پشت سر گذارد. در تبیین دیگر نیز می‌توان گفت که زندگی به شیوه ذهن-آگاهانه باعث می‌شود که افراد نسبت به خود، توانایی‌ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه امیدواری و خوش‌بینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند. افرادی که ذهن آگاهی در آنها بالا باشد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگی‌های خودکار ذهنشان (به طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده) آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می‌دهند که باعث می‌شود کمتر افکار خودآسیبی داشته باشند (۴۲) در مقابل افرادی که ذهن سرگردان دارند، توانایی واقع‌بینی را از دست می‌دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه‌های تاریک زندگی را در نظر می‌گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و در نهایت منجر به افکار خودکشی در آن‌ها می‌شود. از نظر هیز و همکاران (۴۳) ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار پریشان (گسلش شناختی)، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو، می‌تواند نقش مهمی را در تنظیم رفتاری و کاهش افکار خودکشی ایفا کند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر

- depression: Results from the French cohort of outpatients (FACE-DR). *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021 Dec 1; 6:100272. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100272>
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
  4. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual*

- Behavioral Science. 2016 Jan 1; 5(1):1-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
5. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford press; 2011.
  6. Stirman SW, Pontoski K, Creed T, Xhezo R, Evans AC, Beck AT, Crits-Christoph P. A non-randomized comparison of strategies for consultation in a community-academic training program to implement an evidence-based psychotherapy. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2017 Jan; 44(1):55-66.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-015-0700-7>
  7. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy. 2014 Jan 1; 45(1):83-101.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
  8. Carvalho SA, Pinto-Gouveia J, Gillanders D, Castilho P. Pain and depressive symptoms: exploring cognitive fusion and self-compassion in a moderated mediation model. The Journal of Psychology. 2019 Feb 17; 153(2):173-86.  
<https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1507990>
  9. Saeidpoor, S., Kazemi-Rezai, S., Karbalaeei-Esmail, E., Kazemi-Rezai, S., Ahmadi, F. Diagnostic role of cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies in Obsessive-Compulsive disorder. Journal of Clinical Psychology, 2017; 9(3): 1-12. (In Persian)
  10. Akbari M, Mohamadkhani S, Zarghami F. The Mediating Role of Cognitive Fusion in Explaining the Relationship between Emotional Dysregulation with Anxiety and Depression: A Transdiagnostic Factor. IJPCP. 2016; 22 (1):17-29 (In Persian)
  11. Legerstee JS, Garnefski N, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. Journal of adolescence. 2011 Apr 1; 34(2):319-26.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.008>
  12. Barnes SM, Smith GP, Monteith LL, Gerber HR, Bahraini NH. ACT for Life: Using acceptance and commitment therapy to understand and prevent suicide. In Handbook of suicidal behaviour 2017 (pp. 485-504). Springer, Singapore.  
[https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6\\_26](https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6_26)
  13. Roush J, F., Brown S, L., Mitchell S, M., Cukrowicz K, C. Experiential avoidance, cognitive fusion, and suicide ideation among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs. Psychotherap Res Routledge. 2019; 29(4):514-523.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395923>
  14. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. Behav Therap. 2004; 35(4):639-665.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
  15. Segal, Z.V., Williams, J.M.G. and Teasdale, J.D. (2002) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. Guilford Press, New York.
  16. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. Psychotherapy and psychosomatics. 2007; 76(4):226-33.  
<https://doi.org/10.1159/000101501>
  17. Williams, J. M., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M.J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. Journal of Clin Psychol, 62 (2), 201-10.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20223>
  18. Pasha, R., Sarraj khorami, A. The effects of mindfulness based cognitive therapy on thinking rumination and dysfunctional attitudes in patients suffering from major depression disorder (MDD) and obsessive-compulsive disorder (OCD). Journal of Psychological Achievements, 2018; 25(1): 93-112. (In Persian)
  19. Shayganfar N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Suicidal Thoughts of Female Students with Major Depression Disorder. Rooyesh. 2020; 9 (7):25-34 (In Persian)
  20. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. (2002). Mindfulness based cognitive therapy depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press, 121 -145.
  21. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy. 2014 Jan 1; 45(1):83-101.

- <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
22. Zare H. Standardizing of the social scale of cognitive fusion Gillanders based on Bohrnstedt model. *Social Psychology Research*. 2014; 15(4):16-28. (In Persian) <https://doi.org/10.5958/2249-6270.2014.00496.6>
  23. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
  24. Imani, S., Alkhaleel, Y., shokri, O. (2019). 'The relationship between dysfunctional attitudes and Social Anxiety Disorder in adolescents (students): the mediating role of Emotion Regulation', *Journal of Educational Psychology Studies*, 16(33), pp. 1-28. (In Persian)
  25. Cheshure A, Zeigler-Hill V, Sauls D, Vrabel JK, Lehtman MJ. Narcissism and emotion dysregulation: Narcissistic admiration and narcissistic rivalry have divergent associations with emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*. 2020 Feb 1; 154:109679. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109679>
  26. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1979 Apr; 47(2):343. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
  27. Anisi J., Fathi-Ashtiani A., Soltani Nejad A., Amiri M. Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers and its Associated Factors. *J Mil Med*. 2006; 8 (2):113-118
  28. Farhadi T, Asli Azad M, Shokrkhodaei NS. Effectiveness of mindfulness therapy on executive functions and cognitive fusion of adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Empowering Exceptional Children*. 2018 Dec 22; 9(4):81-92. (In Persian)
  29. Khakshour Shandiz F, Sodagar S, Annani Sarab G, Malihi Al-zakerini S, Zarban A. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Fusion and Positive and Negative Affect in Women with Type II Diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*: 1401-11. (In Persian)
  30. O. Googhari ZS, Hafezi F, Asgari P, Heidari A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on medical science students' subjective well-being, psychological distress, and emotion regulation. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2022 Jan 26; 24(1):35-41. (In Persian) <https://doi.org/10.34172/jsums.2022.07>
  31. Fooladvand, K. The Role of Cognitive Fusion and Mindfulness Components in Prediction of Student's Depression. *Journal of Psychological Studies*, 2020; 16(3): 89-104. (In Persian)
  32. Rasoolzadeh Tabatabaei SK. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Meta-Cognitive Therapy based on Training on Emotion Regulation and Anxiety Sensitivity in Elderly with Heart Disease. *Elderly Health Journal*. 2020 Dec 10; 6(2):78-84. (In Persian)
  33. Kashefinabouri J, Eftekhari Saadi Z, Pasha R, Heidari A, Makvandi B. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Regulation Training on Rumination and Social Anxiety in Teenagers Prone to Addiction. *JOHE*. 2021; 10 (1):1-11 <https://doi.org/10.52547/johe.10.1.1>
  34. Taheri, E. The Effectiveness of Cognitive Therapy based on Mindfulness on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2018; 7(2): 105-122. (In Persian)
  35. Nigol SH, Di Benedetto M. The relationship between mindfulness facets, depression, pain severity and pain interference. *Psychology, Health & Medicine*. 2020 Jan 2; 25(1):53-63. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1619786>
  36. Shallcross AJ, Spruill TM. The protective role of mindfulness in the relationship between perceived discrimination and depression. *Mindfulness*. 2018 Aug; 9(4):1100-9. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0845-4>
  37. Hicks LM, Dayton CJ, Brown S, Muzik M, Raveau H. Mindfulness moderates depression and quality of prenatal attachment in expectant parents. *Mindfulness*. 2018 Oct; 9(5):1604-14. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0907-2>
  38. Mahmoodi G, Sepahmansour M, Hasani F, Mohammadkhani P, Sadatlarijani Z. A comparison of the Effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy and Metacognitive therapy on depressive symptoms, positive and negative beliefs about rumination and

- experiential avoidance in students. *Journal of Psychological Studies*. 2014 Jul 23; 10(2):27-50. (In Persian)
39. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016 Jan 1; 5(1):1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
40. Mark J, Williams G, Swales M. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Arch suicide Res*. 2004; 8:315-29. <https://doi.org/10.1080/13811110490476671>
41. Shneidman E. *Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale. NJ: Jason Aronson; 1993.
42. Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on decrease of symptoms of depression, rumination and emotion regulation in pregnant women. *Quarterly of Applied Psychology*, 13 (1): 119-139. (In Persian)
43. Heath NL, Carsley D, De Riggi ME, Mills D, Mettler J. The relationship between mindfulness, depressive symptoms, and non-suicidal self-injury amongst adolescents. *Archives of Suicide Research*. 2016 Oct 1; 20(4):635-49. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1162243>