

October-November 2021, Volume 10, Issue 5

## The Effectiveness of "Rumination -Focused Cognitive Behavioral Therapy" and "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on Impulsivity and Hopelessness of Depressed Teenage Girls Attempting Suicide

Hadi Izanloo<sup>1</sup>, Fatemeh Shahabizadeh<sup>2\*</sup>, Seyed Kaveh Hojjat<sup>3</sup>,  
Seyed Abdolmajid Bahrainian<sup>4</sup>

1- PhD Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

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

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

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

**Corresponding author:** Fatemeh Shahabizadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand. Iran.

**Email:** f\_shahabizadeh@yahoo.com

Received: 5 Dec 2020

Accepted: 5 May 2021

### Abstract

**Introduction:** Suicide is on the rise among adolescents, and according to Cognitive Theory, hopelessness is the cause of suicide in depressed patients, and impulsivity has a moderating role. Therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of "Rumination -Focused Cognitive Behavioral Therapy" and "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on impulsivity and hopelessness of depressed teenage girls attempting suicide.

**Methods:** The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design with intervention and control groups with 2 months follow-up. The study population included depressed adolescents who attempted suicide in the emergency department of Samenol Aeme (AS) Hospital and Imam Hassan (AS) Hospital in Bojnourd in 2019. 30 teen girl were selected in a purposeful manner after confirming the inclusion criteria. Then they were randomly divided into two intervention groups and one control group. The demographic questionnaire, "Beck Depression Inventory-II", "Impulsiveness Scale" and the "Suicide Probability Scale" were used to collect data. Convergence validity and reliability were measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient of instruments. The intervention groups each received 10 sessions of 60 minutes of treatment. Data were analyzed with SPSS. 25.

**Results:** Both interventions had a significant effect on reducing hopelessness ( $F = 37.94$ ,  $P < 0.001$ ) and impulsivity (cognitive;  $F = 23.29$ ,  $P < 0.001$ ; lack of planning  $F = 55.63$ ,  $P < 0.001$ ) and also in Post-test ( $P < 0.001$ ) and follow-up time ( $P < 0.05$ ) were more than pre-test, and the results were stable compared to the post-test during each two-month follow-up period in each of the intervention groups ( $P > 0.05$ ).

**Conclusions:** Both interventions can reduce hopelessness and impulsivity in different ways but without superiority. Therefore, it is recommended to use these two interventions in times of depression and in times of suicidal crisis.

**Keywords:** Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Hopelessness, Impulsivity, Teenage Girls.

## اثربخشی «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار» و «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» بر تکانشگری و ناامیدی نوجوانان دختر افسرده اقدام کننده به خودکشی

هادی ایزانلو<sup>۱</sup>، فاطمه شهبابی زاده<sup>۲\*</sup>، سید کاوه حجت<sup>۳</sup>، عبدالمجید بحرینیان<sup>۴</sup>

- ۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.  
 ۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.  
 ۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.  
 ۴- استاد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه شهبابی زاده، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.  
 ایمیل: [f\\_shahabizadeh@yahoo.com](mailto:f_shahabizadeh@yahoo.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۴

### چکیده

**مقدمه:** خودکشی در بین نوجوانان در حال افزایش است و طبق نظریه شناختی، ناامیدی سبب خودکشی بیماران افسرده است و تکانشگری نیز نقش تعدیلی دارد. لذا هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" و "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" بر ناامیدی و تکانشگری نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی است.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه های مداخله و کنترل با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه پژوهش شامل نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی در واحد اورژانس بیمارستان ثامن الائمه (ع) و بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد سال ۱۳۹۸ بود. ۳۰ نوجوان دختر به روش هدفمند و پس از تایید ملاک های شمول انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، "سیاهه افسردگی بک-۲" (Beck Depression Inventory-II)، "مقیاس تکانشگری" (Impulsiveness Scale) و زیر مقیاس ناامیدی از "مقیاس احتمال خودکشی" (Suicide Probability Scale) استفاده شد. روایی به شیوه همگرا و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ابزارها اندازه گیری شد. گروه های مداخله هر کدام ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای درمان دریافت کردند. داده ها با نرم افزار اسپاس پی اس نسخه ۲۵ تحلیل شد.

**یافته ها:** هر ۲ مداخله اثر معناداری بر کاهش ناامیدی ( $F=37/94, P<0/001$ ) و تکانشگری (شناختی؛  $F=23/29, P<0/001$ )؛ عدم برنامه ریزی ( $F=55/63, P<0/001$ ) و همچنین در زمان پس آزمون ( $P<0/001$ ) و پیگیری ( $P<0/05$ ) نسبت به پیش آزمون داشته است، نتایج در طول دوره پیگیری ۲ ماهه در هر یک از گروه های مداخله نسبت به دوره پس آزمون نیز پایدار بوده است ( $P>0/05$ ).

**نتیجه گیری:** هر ۲ مداخله می توانند با شیوه های متفاوتی اما بدون برتری، ناامیدی و ابعاد تکانشگری را کاهش دهند. بنابراین، استفاده از این ۲ مداخله در زمان افسردگی و در دوره بحران خودکشی پیشنهاد می شود.

**کلیدواژه ها:** درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، ناامیدی، تکانشگری، نوجوانان دختر.

## مقدمه

نوجوانی مرحله مهمی از رشد است که ممکن است با اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی (۱) همراه باشد. افسردگی در بین مراجعانی که با اقدام به خودکشی به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند به ویژه در میان دختران، بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است (۲). از طرفی، شایع‌ترین اختلال خلقی مرتبط با خودکشی در میان نوجوانان، افسردگی ذکر شده است (۳). نوجوانان افسرده بیش از دیگر نوجوانان صفت‌های منفی (از جمله بی ارزش بودن) را در مورد خود تایید می‌کنند که ممکن است آن‌ها را بیش از پیش به سمت افکار خودکشی و رفتارهای غیر سازنده سوق دهد (۴). مطالعات شیوع افکار خودکشی را در نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۹ ساله، ۱۳/۱ درصد ذکر کرده‌اند (۵). در ایران در بررسی ۹۴۵ تن اقدام‌کننده به خودکشی، شیوع اقدام به خودکشی را در دختران ۱۱ تا ۲۰ سال ۴۲/۱ درصد (۶) و در مطالعه دیگری در بررسی ۲۶۶ مورد خودکشی موفق و ناموفق، شیوع اقدام به خودکشی دختران ۱۵ تا ۲۰ سال را ۳۲/۸ درصد و خودکشی موفق را در این دامنه سنی ۱۶/۹ درصد گزارش دادند (۷).

در افسردگی، مولفه‌های شناختی پیش‌بینی‌کننده قوی‌ترین افسردگی است (۸). مولفه ناامیدی، به عنوان یک عامل شناختی بیشترین ارتباط را با افسردگی نوجوانان (۹)، نشان داده است. اگر چه در بعضی مطالعات (۱۰) نقش ناامیدی در جهت پیش‌بینی افکار خودکشی ضعیف برآورد شده است، اما در بعضی مطالعات تاثیر مستقیم ناامیدی بر افکار خودکشی در نوجوانان (۱۱) تایید شده است. لذا به نظر می‌رسد سازه‌های دیگری مطرح هستند که نقش ناامیدی را بر افکار خودکشی تعدیل می‌کنند (۱۲) و این نقش تعدیلی مشروط به سطح تکانشگری است. اگر چه اهمیت ناامیدی و تکانشگری در رفتارهای خودکشی تایید شده است (۱۳)، اما نتایج دیگر (۱۴) نشان داده است تکانشگری نسبت به ناامیدی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تر افکار خودکشی است. شدت افسردگی نقش واسطه‌ای در رابطه بین ناامیدی و افکار خودکشی دارد و این سازوکار منوط به میزان تکانشگری است و این گویای اهمیت ارزیابی تکانشگری و نقش آن در اثربخشی ناامیدی بر افکار خودکشی است (۱۵). تکانشگری، نوعی تمایل به انجام واکنش سریع و بدون برنامه‌ریزی و بی‌توجهی به آثار و تبعات ناشی از آن است (۱۶). لذا با توجه به نتایج مطالعات مبنی بر ارتباط

تکانشگری با علایم افسردگی و خودکشی (۱۷، ۱۸)، ارزیابی آن برای جلوگیری از خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بویژه در نوجوانان (۱۹) اهمیت بسیار دارد.

نشخوار (Rumination) به عنوان مولفه شناختی در سبب سازی، پایداری و عود افسردگی، زنجیره‌ای تکراری از افکار منفی درباره علل یک رخداد منفی است (۲۰) و این فرایند شناختی توسط تکانشگری تقویت می‌شود (۲۱)، به عبارتی، تکانشگری، تقویت‌کننده افسردگی از طریق افزایش نشخوار است (۲۲) و نقش میانجی‌گری نشخوار در رابطه بین تکانشگری و خطر خودکشی نشان داده شده است (۲۳). در مجموع به نظر می‌رسد تکانشگری تنظیم‌کننده افزایش نشخوار است. «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار» (Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy) درمانی است که بجای تمرکز بر محتوای فکر و چالش با آن، بطور اختصاصی به نشخوار می‌پردازد و افراد را از سبک تفکر غیر سازنده به سمت سبک فکری سازنده سوق می‌دهد (۲۴). اگر چه تاثیر این درمان بر افسردگی (۲۵) و مولفه‌های شناختی خودکشی چون نشخوار (۲۶)، تایید شده است، اما کاربرد این درمان در افراد افسرده‌ای که اقدام به خودکشی کرده‌اند، انجام نشده است. افزون بر آن اگر چه ارتباط بین تکانشگری و نشخوار نیز تایید شده است (۲۳)، اما اثربخشی این مداخله به طور مستقیم بر تکانشگری توسط پژوهشگر مشاهده نشد.

نقطه مقابل نشخوار، توجه آگاهی (mindfulness) است که با واسطه‌گری نشخوار، بر تغییر نشانه‌های افسردگی موثر است (۲۷). «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) با تکیه بر توجه آگاهی، باعث تمایز فعالیت‌های خودکار از فرآیندهای شناختی ناکارآمد نظیر نشخوار می‌شود که کاهش علایم افسردگی و نیز کاهش خطر عود را به همراه دارد (۲۸). افزون بر آن مطالعات اثربخشی مداخلات توجه آگاهی را بر افسردگی (۲۹، ۳۰)، ناامیدی (۳۱) و تکانشگری (۳۲، ۳۳) بر خلاف مطالعات دیگر (۳۴) نشان داده‌اند. لذا با توجه به مرور پژوهش‌های انجام شده یافته‌های زیر بدست آمده است.

تاکنون در مورد «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» مشخص شده است، که این درمان در پیشگیری از عود در کسانی که تاریخچه افسردگی قبلی دارند، موثر است (۳۵) ولی در مورد اثر آن در بیمارانی که در حال حاضر

افسردگی برای بیمار به صلاحدید روانپزشک تیم تجویز نشده باشد) در زمان مطالعه نداشته باشند. سایر داروهای گوارشی جهت تثبیت وضعیت بیمار منعی نداشت. ۵- سابقه قبلی اقدام به خودکشی نداشته باشند (بجز مورد اخیر که برای آن مراجعه کرده است). ۶- گویش به زبان فارسی باشد. ۷- مجرد باشند. ملاک خروج نیز غیبت بیش از ۲ جلسه بود.

برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، پایه تحصیلی و روش خودکشی بود.

«مصاحبه ساختار یافته بالینی» بر اساس «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی نسخه ۵» (5) Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders) توسط First و همکاران در سال ۲۰۱۶ طراحی شد و برای تشخیص بالینی اختلالات روانی مورد استفاده قرار می گیرد و برای نوجوانان نیز مناسب است (۳۸). به این معنا که سوالات هر اختلال بر گرفته از تک تک ملاک های هر یک از اختلال های «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی نسخه ۵» است، در صورت مطابقت پاسخ های بیمار به سوال های «مصاحبه ساختار یافته بالینی» با ملاک های تشخیصی «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی نسخه ۵»، و برآورده شدن کامل ملاک ها، تشخیص مورد نظر مطرح می شود.

Shankman و همکاران (۳۹) به بررسی روایی و پایایی شدت علائم اختلال های روانی «مصاحبه ساختار یافته بالینی» پرداختند، در این مطالعه شرکت کنندگان از کلینیک های بهداشت روان از طریق ارسال پیام اینترنتی انتخاب شدند که ۱۲۲ تن بودند و هدف آن به دست آوردن نمونه ای از بزرگسالان جوان با طیف وسیعی از تشخیص ها و علائم روانپزشکی بود. بنابراین، معیارهای ورود شامل طیف وسیعی از اختلالات روانی بود، شرکت کنندگان در صورت داشتن سابقه شخصی یا خانوادگی روان پریشی یا شیدایی و یا عدم تسلط به زبان انگلیسی از مطالعه مستثنی شدند. روایی «مصاحبه ساختار یافته بالینی» از طریق همزمان با «برنامه ارزیابی ناتوانی سازمان جهانی بهداشت» (World Health Organization Disability Assessment Schedule) در خصوص اختلال افسردگی در ۷۱ تن از نمونه مذکور با میانگین سنی ۲۲/۲۳ سال شامل ۲۴ مرد و ۴۷ زن برابر ۰/۴۰ بدست آمد. پایایی نیز به روش همسانی درونی با

علائم افسردگی دارند مطالعات محدودی انجام شده است (۳۶). از سوی دیگر بیشتر مداخلات به مقایسه با درمان متداول (treatment as usual) پرداخته اند، اما پژوهش های محدودی با گروه فعال کنترل (Active-Control group) (۳۶) و در جامعه آماری نوجوانان افسرده خودکشی گرا صورت گرفته است.

بعلاوه، «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار» مدعی است با هدف اجرا در مورد بیماران در مرحله حاد افسردگی و نشخوار طراحی شده است لیکن کارآمدی بالینی آن جز در چند مطالعه محدود و در مورد «افسردگی باقیه ای» (residual depression) مورد بررسی قرار نگرفته است (۲۵)، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار» و «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» بر ناامیدی و تکانشگری نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی انجام شد.

## روش کار

روش مطالعه حاضر روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دختران نوجوان افسرده ۱۴ تا ۱۹ ساله ساکن شهر بجنورد بودند که به سبب اقدام به خودکشی به واحد اورژانس بیمارستان ثامن الائمه (ع) و بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. جهت بررسی و مقایسه ۳ گروه و با در نظر گرفتن حداقل توان آزمون لازم (۸۰ درصد) و اندازه اثر برابر ۰/۶۰ و احتمال خطای ۰/۰۵، ۳۰ تن برای ۳ گروه (۳۷) به روش هدفمند و تایید ملاک های شمول در نظر گرفته شد. سپس به صورت تصادفی از طریق جدول اعداد تصادفی نمونه ها در ۳ گروه «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار» و «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» و گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک های ورود شامل: ۱- دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۹ سال باشد. ۲- افسردگی اساسی بر اساس «سپاه افسردگی بک ۲» (Beck Depression Inventory-II) بالاتر از ۱۴ از ۶۳ و «مصاحبه ساختار یافته بالینی» (Structured Clinical Interview) توسط روانپزشک بیمارستان تشخیص داده شود. ۳- عدم همبودی اختلالاتی مانند اعتیاد، شیدایی، سایکوز و اختلالات شخصیت بر اساس «مصاحبه ساختار یافته بالینی» توسط پژوهشگر ۴- استفاده از دارو (داروهای ضد

محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۵۱ تن از نمونه فوق، شامل ۲۱ مرد و ۳۰ زن بیشتر از ۰/۸۰ گزارش شد. Lobbstael و همکاران (۴۰) به بررسی روایی و پایایی «مصاحبه ساختار یافته بالینی» برای «اختلالات محور ۱» (axis I disorder) و «اختلالات محور ۲» (axis II disorder) در ۱۵۱ بیمار سرپایی، بستری و غیر بیمار (۶۹ مرد و ۸۲ زن) ۱۸ تا ۶۱ ساله با میانگین سنی ۳۵/۵ سال که به طور تصادفی در «دانشگاه ماستریخت» (Maastricht University) در هلند انتخاب شدند، پرداختند. «مصاحبه ساختار یافته بالینی» بخشی از روش غربالگری بود، روایی به شیوه محتوایی توسط ۳ تن از بالینگران تایید شد و در نمونه فوق عدد کاپا اختلالات محور یک» را متوسط (کاپای بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۳ با میانگین کاپای ۰/۷۱، برای این ابزار نشان داد.

در ایران در مطالعه شریفی و همکاران (۴۱) جهت بررسی ثبات «مصاحبه ساختار یافته بالینی» به روش آزمون بازآزمون در ۲ مصاحبه مستقل با فاصله ۳ تا ۷ روز برای ۱۰۴ بیمار ۱۸ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی و بخش های بستری ۳ مرکز روانپزشکی استفاده شد و عدد کاپا برای تمام تشخیص ها (جز اختلالات اضطرابی) بین ۰/۴۴ تا ۰/۷۶ و توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای تشخیص هایی که در گذشته دریافت کرده بودند ۰/۵۵ به دست آمد که نشان دهنده ثبات مطلوب «مصاحبه ساختار یافته بالینی» است. روایی اندازه گیری نشده است.

امینی و همکاران (۴۲) در بررسی روایی همزمان میزان توافق بین تشخیص ها بین مصاحبه گر آموزش دیده از طریق «مصاحبه ساختار یافته بالینی» و معاینه بالینی روانپزشک با توجه به اطلاعات موجود، در ۲۹۹ بیمار ۱۸ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی و بخش های بستری ۳ مرکز روانپزشکی شامل بیمارستان روانپزشکی روزبه (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، مجتمع روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) و بیمارستان روانپزشکی ایران (نواب صفوی سابق) در تهران در فاصله ۳ الی ۷ روز انجام دادند. میزان توافق بین تشخیص ها بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۷ برای اختلالات روانی در این ابزار بدست آمد. در بررسی روایی همزمان، توافق تشخیص های فعلی که بیماران بر اساس «مصاحبه ساختار یافته بالینی» در حال حاضر دریافت کردند با تشخیص های روانپزشکان در کل اختلالات دو قطبی (۱۴۰)

تن) و اختلالات افسردگی (۶۳ تن) با معیار کاپا به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۵۴ نشان داده شد. بعلاوه، برای بررسی توافق بین «مصاحبه ساختار یافته بالینی» و مصاحبه روانپزشکان از شاخص «ویژگی» (specificity) استفاده شد چون برای مطالعات روایی، استفاده از این شاخص مناسب تر از کاپا است و این شاخص بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ بدست آمد که نشان دهنده روایی همزمان بود، یعنی توافق بین تشخیص های تایید شده از طریق «مصاحبه ساختار یافته بالینی» توسط مصاحبه گر آموزش دیده و معاینه بالینی روانپزشک با توجه به اطلاعات موجود در پرونده بیمار وجود داشت.

«سیاهه افسردگی بک ۲» توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۹۳ با ۲۱ عبارت خودگزارشی و تک عاملی برای سنجش افسردگی طراحی شد که استفاده از آن برای نوجوانان مناسب است. هر عبارت آن بر اساس پاسخ دهی ۴ گزینه ای (از صفر: هرگز تا ۳: همیشه) گزارش می شود که دامنه نمره بین صفر تا ۶۳ قرار دارد (۴۳). Beck و همکاران (۴۳) ویژگی های روانسنجی این ابزار را روی ۵۵ بیمار دارای اختلال خلقی در مراکز درمانی سرپایی شهر سن آنتیو ایالت تگزاس در آمریکا بررسی کردند. روایی ابزار از طریق اجرای روایی همزمان «مقیاس افسردگی بک» با «مقیاس نامیدی بک» (Beck Hopeless Scale) برابر ۰/۶۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۵۰ تن بیمار دارای اختلال خلقی، ۰/۵۹ و از طریق پایایی به روش دو نیمه کردن برابر ۰/۶۶ و ثبات از طریق باز آزمایی به فاصله ۲ هفته برابر ۰/۷۱ گزارش نمودند.

مطالعه Stefan-Dabson و همکاران (۴۴) که بر روی ۳۵۴ تن از بیماران با افسردگی اساسی که در مرحله بهبودی بودند، روایی سازی «سیاهه افسردگی بک» را از طریق روایی همگرا و روایی همزمان با اجرای آن با «مقیاس نامیدی بک» (Beck Hopelessness Scale)، «مقیاس افکار خودکشی» (Scale for Suicide Ideation) و «مقیاس اضطراب بک» (Beck Anxiety Scale) سنجیده شد که همبستگی آن به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۶ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را بر روی ۵۰ بیمار افسرده ۰/۶۵ گزارش شد.

در ایران رجیبی و کارجو (۴۵) بر روی یک نمونه ۱۸۶ تن از دانشجویان دانشگاه شهید چمران و علوم پزشکی اهواز، روایی سازی «سیاهه افسردگی بک» به روش تحلیل مولفه های اصلی با چرخش واریماکس انجام شد و

تکانشگری» با ۱۵۴۱ (۳۹۳ مرد و ۱۱۴۸ زن) دانشجوی ۱۷ تا ۴۵ ساله و با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌ها در هر ۳ مولفه تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی با «مقیاس تکانشگری آیزنگ» (Eysenck Impulsiveness Scale) به ترتیب ۰/۴۴، ۰/۵۷ و ۰/۵ بدست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۹ و ۰/۷۲ بدست آمد.

در ایران، در مطالعه اختیاری و همکاران (۵۰) روایی افتراقی «مقیاس تکانشگری» در مقایسه ۲ گروه ۳۹ تن سالم از کارکنان و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۳۰ تن مصرف‌کننده مواد افیونی دارای ۱۸ تا ۴۰ سال سن از معاندان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، به صورت در دسترس انتخاب شدند. روایی همگرایی این مقیاس با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌ها با یکدیگر تایید شد. همبستگی بین زیرمقیاس‌های «مقیاس تکانشگری» در هر ۳ مولفه تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی با یکدیگر بین ۰/۵۱ تا ۰/۹۱ قرار گرفت که معنادار بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه ۳۰ تن مصرف‌کننده مواد افیونی، برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای ۳ عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۴۴ به دست آمد. جاوید و همکاران (۵۱) در مطالعه ۲۵۹ دانشجوی (۱۷۴ پسر، ۸۵ دختر)، روایی همگرایی این مقیاس با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های «پرسشنامه تکانشگری» در هر ۳ مولفه تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی با یکدیگر بین ۰/۱۷ تا ۰/۸۴ قرار گرفت که معنادار بود. بعلاوه، روایی سازه به روش تحلیل عاملی نیز به شیوه تحلیل مولفه‌های اصلی، ساختار ۳ مولفه‌ای تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۴۲ دانشجوی برای کل ابزار ۰/۸۱ و برای ۳ زیرمقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۷ و ۰/۸۰ به دست آمد.

«مقیاس احتمال خودکشی» (Suicide Probability Scale) توسط Cull & Gill در سال ۱۹۸۹ تدوین شد (۵۲). این ابزار از ۳۶ عبارت و از ۴ زیرمقیاس ناامیدی (hopelessness) (۱۲)

ساختار تک عاملی برآزش مناسب را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ کل ابزار بر روی ۱۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و علوم پزشکی اهواز ۰/۸۶ گزارش شد. رجیبی (۴۶) در پژوهشی روی ۱۹۴ دانشجوی دانشگاه شهید چمران بررسی روایی سازه «سیاهه افسردگی بک» به روش تحلیل عاملی تاییدی، بررسی تک عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق و ۲ نیمه کردن با نمونه فوق برای کل ابزار ۰/۸۹ و ۰/۸۲ بدست آمد.

«مقیاس تکانشگری» (Impulsiveness Scale) توسط Bratt و همکاران در سال ۱۹۶۵ با ۳۰ عبارت طراحی شد (۴۷). مقیاس دارای ۳ زیرمقیاس تکانشگری شناختی (attentional impulsivity) با ۱۰ عبارت شامل (۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰) که نمره در دامنه بین ۱۰ تا ۴۰ قرار دارد، تکانشگری حرکتی (motor impulsivity) دارای ۱۰ عبارت شامل (۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵) که نمره در دامنه بین ۱۰ تا ۴۰ قرار دارد) و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی (non planning impulsivity) نیز با ۱۰ عبارت شامل (۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۹) که نمره در دامنه بین ۱۰ تا ۴۰ قرار دارد. هر عبارت در مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از ۱ تا ۴ (۱: به ندرت تا ۴: تقریباً همیشه) درجه بندی شده است و دامنه نمره کلی بین ۳۰ تا ۱۲۰ قرار دارد که نمره بالا در هر زیرمقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی، به معنای تکانشگری بالاتر در همان زیرمقیاس است. استفاده از این ابزار برای نوجوانان مناسب است.

Patton و همکاران (۴۸) «مقیاس تکانشگری» بر روی ۴۱۲ دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه بایلور، یک دانشگاه خصوصی پژوهشی واکو در تگزاس، ۲۴۸ بیمار بستری در بخش پزشکی دانشگاه علوم تگزاس در بخش روانپزشکی و ۷۳ زندانی مرد در بزرگترین واحد زندان‌های امنیتی دپارتمان عدالت تگزاس اجرا شد. جهت بررسی روایی سازه، تحلیل عاملی تاییدی ساختار ۳ مولفه‌ای را تایید کرد. همچنین نتایج پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در گروه‌های دانشجویی ۱۳۰ مرد و ۲۷۹ زن، بیماران بستری در بخش روانپزشکی ۳۹ مرد و ۴۵ زن و ۷۳ زندانی مرد به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۰ بدست آمد. Stanford و همکاران (۴۹) جهت اندازه‌گیری روایی همگرایی «مقیاس

عبارت شامل ۵، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۳ و ۳۶)، افکار خودکشی (suicide ideation) (عبارت شامل ۷، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۳۲)، خصومت/پرخاشگری (hostility) (عبارت شامل ۱، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵، ۲۳، ۳۴) و خودارزیابی منفی (negative self-evaluation) (عبارت شامل ۲، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۸، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۵) تشکیل شده است و استفاده از آن برای نوجوانان مناسب است. هر عبارت بر اساس یک دامنه ۴ درجه ای (از ۱: هیچ وقت تا ۴: همیشه) نمره گذاری می شود و دامنه نمره بین ۳۶ تا ۱۴۴ قرار دارد. در مطالعه حاضر صرفاً از زیر مقیاس ناامیدی استفاده شده و دامنه نمره آن بین ۱۲ تا ۴۸ قرار دارد و نمره بالاتر نشان دهنده ناامیدی بیشتر است (۵۲).

Cull & Gill در ۱۱۰۰ نوجوان و جوان عادی و بیماران با اختلالات روانی بالای ۱۳ سال، بررسی روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی، «مقیاس احتمال خودکشی» ساختار ۴ عاملی را تایید کرد. پایایی نیز به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شد (۵۲).

Eskin (۵۳) در مطالعه ۴۱ دانشجو (۲۷ زن و ۱۴ مرد)، روایی همگرایی «مقیاس احتمال خودکشی» را با محاسبه همبستگی زیرمقیاس های این پرسشنامه شامل؛ ناامیدی، افکار خودکشی، خصومت/پرخاشگری و خودارزیابی منفی با یکدیگر گزارش کرد، همبستگی بین این زیر مقیاس ها با یکدیگر بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۰ بود. همچنین میزان همبستگی نمره کل «مقیاس احتمال خودکشی» با زیر مقیاس های آن (ناامیدی، افکار خودکشی، خصومت/پرخاشگری و خودارزیابی منفی) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۱، ۰/۷۰ و ۰/۶۸ بدست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای کل ابزار ۰/۸۹ و برای زیرمقیاس های ناامیدی، افکار خودکشی، خصومت/پرخاشگری و خودارزیابی منفی به ترتیب ۰/۸، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۵۷ بدست آمد.

در ایران شریفیان و همکاران (۵۴) بر روی ۴۰۰ نوجوان دبیرستانی دختر ۱۷-۱۴ سال از «مقیاس احتمال خودکشی» استفاده کردند. روایی همگرا، بین نمره این ابزار با «مقیاس افسردگی بک» و «مقیاس اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب» (Anxiety Related Emotional Disorders Scale) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۵۱ گزارش شد که حاکی از روایی مناسب است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای نمره کل ۰/۸۶ به

دست آمد. مطالعه ای دیگر توسط خانی پور و همکاران (۵۵) که بر روی ۲۳۸ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله با رفتارهای خود جرحی بدون سابقه خودکشی کانون اصلاح و تربیت تهران و نوجوانان با سابقه آزار و بدرفتاری دوره کودکی ساکن در مراکز شبه خانواده و آسیب بهزیستی تهران، شهر ری و کرج انجام شد که ۶۹ نفر بزهکار و ۱۶۹ نفر ساکن در مراکز بهزیستی بودند. روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس احتمال خودکشی» توسط روانشناس و روانپزشک تایید شد، اما نتایج بیشتر در این خصوص گزارش نشد. همچنین روایی افتراقی «مقیاس احتمال خودکشی» در مقایسه ۲ گروه ۱۲۲ نفری با سابقه خود جرحی (۳۹ نوجوان بزهکار و ۸۳ نوجوان با سابقه آزار و بدرفتاری) و ۱۱۶ نوجوان بدون سابقه خودجرحی (اطلاعات به تفکیک گزارش نشد) برابر ۰/۶۴ بدست آمد و نتایج، تفاوت معناداری را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۶۹ نوجوان بزهکار ۱۲ تا ۱۸ ساله ساکن در مراکز بهزیستی، ۰/۸۶ گزارش شد، اما نتایج آن به تفکیک زیر مقیاس ها گزارش نشده است.

در مطالعه حاضر نسبت روایی محتوا «مصاحبه ساختار یافته بالینی» با نظر ۵ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند و ۲ تن از متخصصان روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و بیرجند با توجه به پاسخگویی به هر عبارت با توجه به ۳ گزینه ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، غیر ضروری است، بررسی و تایید شد، لازم به ذکر است همه عبارات توسط همه متخصصین ضروری شمرده شد و شاخص نسبت روایی محتوا طبق جدول Lawshe برابر ۰/۹۹ بدست آمد. در مطالعه حاضر جهت بررسی ثبات «مصاحبه ساختار یافته بالینی» از میزان توافق آزمون بازآزمون در ۲ مصاحبه مستقل استفاده شد و عدد کاپا برای تمام تشخیص ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۷ به دست آمد.

در مطالعه حاضر با شرکت ۳۰ نوجوان افسرده مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان ثامن الائمه (ع) شهر بجنورد و بیمارستان امام حسن (ع) در شهر بجنورد با اقدام به خودکشی، در بررسی روایی همگرایی «مقیاس افسردگی بک» با «باورهای منفی مربوط به افسردگی» (Depression-Related Beliefs Scale)، همبستگی برابر ۰/۷۷ بدست آمد. روایی همگرایی «مقیاس تکانشگری» با «مقیاس اضطراب بک» نیز برابر ۰/۶۴ و روایی همگرایی

## هادی ایزانلو و همکاران

صورت هدفمند در طول زمان انتخاب گردیدند و گمارش هر تن در گروه‌ها (هر گروه ۱۰ تن) و همچنین اجرای نوع مداخله در هر گروه به صورت تصادفی از طریق جدول اعداد تصادفی صورت گرفت.

در پژوهش حاضر بخاطر محدودیت‌های تعداد مراجعین و کم کردن تاثیر گذشت زمان در سیر اختلال، تمام آزمودنی‌ها، همزمان انتخاب نشدند، بلکه پس از اولین آزمودنی و داشتن ملاک‌های ورود، بصورت تصادفی در یکی از گروه‌ها قرار می‌گرفت و گروه‌ها با هم مواجهه نداشتند. اولین جلسه با حضور والدین و توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و بستر سازی در محیط خانواده انجام شد. تمامی جلسات درمانی در بیمارستان ثامن الائمه (ع) و در اتاق درمان به صورت انفرادی برگزار شد. اولین مرحله (پیش‌آزمون) با هدف اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا گردید. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های گروه‌های مداخله به منظور شرکت منظم در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد. "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمای کتاب "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" برای افسردگی (۲۴) اجرا شد.

مولفه ناامیدی در «مقیاس احتمال خودکشی» با «مقیاس نشخوار گری پاسخ‌ها» (Rumination Response Scale) با شرکت ۳۰ نوجوان افسرده با اقدام به خودکشی برابر ۰/۶۹ بدست آمد.

در مطالعه حاضر در بررسی پایداری به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس افسردگی بک» با شرکت ۳۰ نوجوان افسرده مراجعه کننده به بیمارستان ثامن الائمه (ع) و بیمارستان امام حسن (ع) در شهر بجنورد، با اقدام به خودکشی ۰/۷۳ و برای «مقیاس تکانشگری» ۰/۶۱ و برای «مقیاس احتمال خودکشی» ۰/۶۹ بدست آمد. روش جمع‌آوری داده‌ها بدین صورت بود که بعد از اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی بجنورد و ثبت و دریافت کد کارآزمایی بالینی و هماهنگی با ریاست بیمارستان، با مراجعه به ۲ بیمارستان ثامن الائمه (ع) و بیمارستان امام حسن (ع) در شهر بجنورد، از بین افرادی که ملاک‌های شمول در مورد آن‌ها صدق می‌کرد، پس از انجام مداخلات درمانی بیمارستانی و پایداری وضعیت جسمانی، نمونه‌گیری به صورت هدفمند (داشتن ملاک‌های شمول) و مصاحبه بالینی انجام گرفت و در صورتی که نمره «مقیاس افسردگی بک» آزمودنی بالاتر از ۱۴ از ۶۳ بود به روانپزشک ارجاع می‌شدند و اگر به مداخله دارویی بنا بر نظر روانپزشک نیاز نبود، روان‌درمانی آغاز می‌شد. در مجموع ۳۰ تن به

### ساختار جلسات "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار"

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار و بررسی مختصر تاریخچه رشدی به همراه مروری بر افسردگی و معرفی درمان شناختی رفتاری نشخوار صورت گرفت.
جلسه ۲	تمرین و آموزش شناسایی نشخوار، اجتناب و علائم هشدار دهنده این موارد در قالب تکالیف خانه انجام شد.
جلسه ۳	اجرای تحلیل کارکردی به منظور بررسی بافت، زمینه و کارکرد نشخوار و اجتناب انجام شد.
جلسه ۴	طرح‌های اگر-آنگاه شامل تمرین پاسخ‌های سازگارانه تر در مقابل نشانه‌های هشدار دهنده داده شد.
جلسه ۵	آموزش حرکت از سوی سبک فکر کردن انتزاعی و ناکارآمد به سبک تفکر خاص و سازگارانه و عینی داده شد.
جلسه ۶	آزمایش کردن با هدف کارایی نشخوار، و ارزیابی اثر بخشی راه کارهای جایگزین مانند آزمایش «چرا-چگونه» و مقایسه سبک تفکر انتزاعی (مانند چرا اتفاق افتاد؟) با سبک تفکر عینی (چطور این اتفاق افتاد) در این جلسه داده شد.
جلسه ۷	تمرین‌های افزایش فعالیت و کاهش اجتناب، شامل برنامه‌های عملی و تمرین‌هایی برای جرات‌مندی و حل مسئله در این جلسه انجام شد.
جلسه ۸	استفاده از آزمایش‌های رفتاری و تصویر سازی ( شامل خاطرات مثبت «جذب-تمرکز» و تمرین شفقت) با هدف آزمودن اثربخشی مدیریت توجه به جای نشخوار صورت گرفت.
جلسه ۹	تمرکز بر ارزش‌های بیمار به منظور کاهش نشخوار در مورد حوزه‌های بی‌ارزش و تشویق وی به فعالیت در زمینه‌های منطبق بر ارزش‌های شخصی بدون گیر افتادن در افکار ناسازگارانه انجام شد.
جلسه ۱۰	مقاوم سازی با هدف آموزش پیشگیری از عود، شناسایی نشانه‌های عود و چگونگی رو به رو شدن با افکار خودآیند منفی جهت غلبه بر نشخوار و خطرات مربوط به افکار خودکشی انجام شد.

مطالعه استفاده شد. لازم به ذکر است تغییرات جزئی و صرفاً در ارتباط با اضافه شدن بعضی تمرین‌ها در بعضی جلسات بود.

"شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی از کتابچه راهنمای اقتباس از Segal و همکاران (۵۶) با برخی تغییرات جهت کار در این



ساختار جلسات "شناخت درمانی مبتنی توجه آگاهی"

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار، مروری بر افسردگی، هدایت خودکار و نقش آن در افکار و فعالیت های روزانه به همراه معرفی شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در این جلسه انجام شد.
جلسه ۲	آموزش توجه آگاهی: در این جلسه آموزش تمایز بین احساس و افکار، آگاه شدن کامل از افکار و احساسات، آگاهی از ناپایداری احساسات منفی داده شد.
جلسه ۳	سروکار داشتن با موانع: ارتباط میان افکار و احساسات، تنفس ذهن آگاهانه و آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی و خودکشی در این جلسه آموزش و بررسی شد.
جلسه ۴	توجه آگاهی تنفس: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن واریسی بدن، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی خودکشی در این جلسه تمرین و بکار برده شد.
جلسه ۵	باقی ماندن در لحظه حال: توجه آگاهی مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن با توجه آگاهی، تاکید بر پی بردن به ذهن سرگردان و نقش آن در ایجاد افکار منفی آموزش و تمرین شد.
جلسه ۶	پذیرش و اجازه دادن: آگاهی از تنفس و بدن، مراقبه نشستن، بررسی افکار و تحریف های شناختی، ایجاد یک رابطه متفاوت با تجربه و بیان نقش مهم پذیرش در مواجهه با رویدادها توضیح داده شدند.
جلسه ۷	افکار واقعیت نیستند: تمایز فکر از واقعیت، تجربه و مرور یک رویداد از نظر فکری و واقعی، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه جایگزین در این جلسه انجام شد.
جلسه ۸	چگونه می توانم از خودم مراقبت کنم؟: تمرین آگاهی از تجارب درون و تمرین ارتباط بین فعالیت و خلق داده شد.
جلسه ۹	استفاده از آموخته ها برای بکار گیری در آینده: تمرین واریسی بدن، چگونگی استفاده از آموخته ها در موقعیت های بیرونی و چگونگی پی بردن به نشانه های عود اجرا شد.
جلسه ۱۰	مروری بر جلسات گذشته و خلاصه بندی و کمک به بیمار برای رویارویی با خطر عود در این جلسه انجام شد.

پیگیری) انجام شد، افزون بر آن جهت بررسی همگنی گروه ها از آزمون مجذور کای و تحلیل واریانس بهره گرفته شد. لازم به ذکر است قبل از هر تحلیل، مفروضه های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر شامل آماره ام باکس، فرض کرویت و آزمون لوین بررسی و گزارش شد و از روش آماره تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد. تحلیل داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۵ انجام شد.

### یافته ها

داده های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی آزمودنی های گروه "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی"، "درمان شناخت رفتاری متمرکز بر نشخوار" و گروه کنترل به ترتیب برابر ۱۶/۵، ۱۷/۳۵ و ۱۶/۷۶ و با انحراف معیار برابر ۱/۵۲، ۱/۵۸ و ۱/۶۷ بدست آمد. با توجه به نتایج تحلیل واریانس یک راهه، بین میانگین سنی گروه ها تفاوت معنا داری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون مجذور کای ( $X^2 = 1/25, P = 0/53$ ) نشان داد بین گروه ها از لحاظ روش خودکشی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ) (جدول ۱).

پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی ها در هر ۳ گروه از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت دوره پیگیری ۲ ماهه از طریق تماس تلفنی و حضور افراد در مرکز انجام شد. بعد از اتمام دوره پیگیری و گرفتن آزمون های مورد نظر در این دوره، در انتها، به آزمودنی های گروه های مداخله، یک بسته آموزشی با همکاری واحد آموزش بیمارستان ثامن الائمه (ع) و بیمارستان امام حسن (ع) داده شد. علاوه بر آن، برای گروه کنترل جهت رعایت اصول اخلاقی، ۲ جلسه مداخله آموزشی پس از دوره پیگیری اجرا شد.

در این مداخله نکات اخلاقی، از جمله شرکت بیماران با اختیار خود و اطلاع رسانی محرمانه بودن اطلاعات انجام شد و رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای والد و نوجوان رسید. لازم به ذکر است اگرچه برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت، اما جهت رعایت اصول اخلاقی ۲ جلسه مداخله آموزشی پس از دوره پیگیری اجرا شد.

داده های پژوهش حاضر در ۲ بخش توصیفی (داده های جمعیت؛ سن، و پایه تحصیلی) و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و

## هادی ایزانلو و همکاران

جدول ۱: مقایسه فراوانی و درصد فراوانی سن و پایه تحصیلی و روش خودکشی

گروه	سن	تحصیلات؛ فراوانی (درصد)				روش خودکشی؛ فراوانی (درصد)		
		انحراف استاندارد	پایه ۹	پایه ۱۰	پایه ۱۱	پایه ۱۲	قرص	مخدر
«شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی»	۱۶/۵	۱/۵۲	۵(٪۵۰)	۳(٪۳۰)	۱(٪۱۰)	۱(٪۱۰)	۸(٪۸۰)	۲(٪۲۰)
«درمان شناخت رفتاری متمرکز بر نشخوار»	۱۷/۳۵	۱/۵۸	۲(٪۲۰)	۴(٪۴۰)	۳(٪۳۰)	۲(٪۱۰)	۹(٪۹۰)	۱(٪۱۰)
کنترل	۱۶/۷۶	۱/۶۷	۳(٪۳۰)	۵(٪۵۰)	۳(٪۲۰)	۰(۰)	۷(٪۷۰)	۳(٪۳۰)
شاخص آماری		$F=۰/۷۵$ $P=۰/۴۸۳$	$X^2=۲/۹$ $P=۰/۶۹۲$	$X^2=۱/۲۵$	$P=۰/۵۳۴$			

شاخص های توصیفی ناامیدی و زیر مقیاس های تکانشگری در (جدول ۲) آمده است.

جدول ۲: نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای ناامیدی و تکانشگری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
ناامیدی	کنترل «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار»	میانگین	۳۳/۳۰	۳۲/۱۱	۳۳/۳۳
		انحراف معیار	۳/۸۹	۴/۷۴	۳/۹۷
		میانگین	۳۴/۲۰	۱۸/۴۴	۱۷/۴۴
		انحراف معیار	۴/۴۲	۲/۵۰	۱/۵۰
تکانشگری	کنترل «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار»	میانگین	۲۶/۵۰	۲۷/۵۵	۲۸
		انحراف معیار	۳/۴۷	۲/۵۰	۲/۶۲
		میانگین	۲۴/۹۰	۱۷/۸۹	۱۶/۸۸
		انحراف معیار	۳/۳۴	۲/۲۸	۱/۹۷
عدم برنامه ریزی حرکتی	کنترل «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار»	میانگین	۱۹/۲۰	۱۸/۲۲	۱۸/۲۲
		انحراف معیار	۲/۴۴	۱/۳۱	۱/۹۹
		میانگین	۱۹/۶۰	۱۵/۶۷	۱۶
		انحراف معیار	۳/۱۷	۲/۲۶	۱/۴۱
شناختی	کنترل «شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی» «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار»	میانگین	۲۴/۵۰	۲۲/۶۷	۲۴/۳۳
		انحراف معیار	۲/۳۲	۲/۳۶	۲
		میانگین	۲۳/۳۰	۱۵/۹۸	۱۶/۵۵
		انحراف معیار	۲/۸۸	۱/۵۶	۲/۱۱
			۲۹/۹۰	۱۸/۳۳	۱۸/۷۸
			۶/۱۷	۱/۳۳	۱/۸۱

بررسی برای ماتریس های کواریانس برای هر یک از متغیرها از آزمون ام باکس استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون، آماره ام باکس در ارتباط با متغیر ناامیدی که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. افزون بر آن در ارتباط با تکانشگری نیز آماره ام باکس موید مفروضه مذکور است. در ادامه جهت بررسی اثر تعاملی گروه در مدل یعنی اثر سهم زمان و اثر تعاملی

جهت تحلیل از ۲ تحلیل واریانس تک و چند متغیره اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد که در ادامه مفروضه های آن بررسی می شود. به منظور اطمینان از نرمال بودن، آزمون شاپیرو-ویلک به تفکیک گروه و در هر ۳ مرحله زمانی انجام شد، با توجه به اینکه آماره آزمون شاپیرو-ویلک، در ناامیدی و هر سه متغیر تکانشگری بالاتر از ۰/۸۶ و بین رنج ۰/۸۶ تا ۰/۹۸ سطح خطا نیز بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۰۹ تا ۰/۸۷) بدست آمد، مفروضه نرمال بودن برای تمام متغیرها در هر ۳ گروه تایید شد. جهت

۰/۷۹ به ترتیب برای تکانشگری حرکتی، شناختی و عدم برنامه ریزی استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معناداری اثر زمان ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و اثر زمان در مقابل گروه ( $P < ۰/۰۰۱$ ) در ارتباط با ناامیدی و مولفه های تکانشگری شناختی ( $P = ۰/۰۴۱$ )، تکانشگری حرکتی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و تکانشگری عدم برنامه ریزی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) از ۰/۰۵ کمتر شد، لذا ناامیدی و تکانشگری هم در طول زمان و هم در طول زمان در گروه های مختلف نیز متفاوت است. جهت بررسی اثر بین آزمودنی ها، در بررسی برابری واریانس های خطای متغیر زمان در طول دوره درمان، نتایج آزمون لون برای متغیر ناامیدی به ترتیب برای پیش آزمون ( $P = ۰/۶۷$ )،  $F_{(۲, ۲۷)} = ۰/۳۹$ ، پس آزمون ( $F_{(۲, ۲۷)} = ۴/۴۳$ ،  $P = ۰/۰۲$ ) و پیگیری  $F_{(۲, ۲۷)} = ۷/۲۲$ ،  $P = ۰/۰۱۳$ ) و برای متغیر تکانشگری حرکتی به ترتیب برای پیش آزمون ( $P = ۰/۶۴$ )،  $F_{(۲, ۲۷)} = ۰/۴۵$ ، پس آزمون ( $F_{(۲, ۲۷)} = ۱/۰۴$ ،  $P = ۰/۳۶$ ) و پیگیری  $F_{(۲, ۲۷)} = ۱/۱۲$ ،  $P = ۰/۳۳$ )، تکانشگری شناختی برای پیش آزمون ( $F_{(۲, ۲۷)} = ۲/۷۳$ ،  $P = ۰/۰۸$ )، پس آزمون ( $F_{(۲, ۲۷)} = ۱/۱۷$ ،  $P = ۰/۳۲$ ) و پیگیری  $F_{(۲, ۲۷)} = ۰/۳۴$ ،  $P = ۰/۷۱$ ) و تکانشگری عدم برنامه ریزی برای پیش آزمون ( $F_{(۲, ۲۷)} = ۰/۰۲$ ،  $P = ۰/۹۸$ )، پس آزمون ( $F_{(۲, ۲۷)} = ۰/۲۸$ ،  $P = ۰/۷۵$ ) و پیگیری  $F_{(۲, ۲۷)} = ۰/۶۹$ ،  $P = ۰/۳۷$ ، در سطح  $۰/۰۱$  غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. در بررسی اثر بین آزمودنی ها، نتایج در (جدول ۳) نشان می دهد اثر گروه در هر ۴ مولفه معنادار است.

زمان و گروه از اثر لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج F چند متغیره اثر لامبدای ویلکز در خصوص ناامیدی نشان داد، اثر زمان ( $F = ۱۳۰/۷۱$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ )، با اندازه اثر ۰/۹۱ و اثر تعاملی زمان و گروه ( $F = ۱۹/۳۳$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ )، با اندازه اثر ۰/۵۸ معنا دار است. همچنین نتایج F چند متغیره اثر لامبدای ویلکز در خصوص تکانشگری نشان داد، اثر گروه ( $F = ۱۶/۸۹$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ )، با اندازه اثر ۰/۶۷ و اثر زمان ( $F = ۳۸/۹۴$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ )، با اندازه اثر ۰/۹۱ و اثر تعاملی زمان و گروه ( $F = ۵/۶۴$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ )، با اندازه اثر ۰/۶۱ معنا دار است. به هر حال در تحلیل واریانس مکرر اثر تعاملی معنا دار شد. در واقع می توان گفت ناامیدی و تکانشگری در طول دوره درمان تا پیگیری در حال تغییر بوده است و همچنین در طول زمان در ۳ گروه مورد مطالعه نیز متفاوت بوده است.

در بررسی اثر درون آزمودنی های در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر متغیر ناامیدی، جهت بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موچلی ( $X^2_{(۲)} = ۶/۰$ ،  $P = ۰/۰۵$ )، برابر ۰/۷۹ بدست آمد و در خصوص تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیره تکانشگری، نتایج آزمون موچلی برای تکانشگری حرکتی ( $X^2_{(۲)} = ۱۸/۱$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ )، برابر ۰/۴۹، تکانشگری شناختی ( $X^2_{(۲)} = ۸/۴۲$ ،  $P = ۰/۰۱$ )، برابر ۰/۷۲ و تکانشگری عدم برنامه ریزی ( $X^2_{(۲)} = ۸/۰۴$ ،  $P = ۰/۰۱$ )، برابر ۰/۷۳ بدست آمد که فرض کرویت رد شد، لذا جهت بررسی اثر درون آزمودنی ها از شاخص اسپیلون گرین هاویس  $۰/۶۶$ ،  $۰/۷۸$  و

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس ترکیبی (Combined Analysis of Variance) اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون آزمودنی ها و بین آزمودنی ها در متغیرهای ناامیدی و تکانشگری

اثر درون و بین آزمودنی ها	منبع تغییرات	متغیر	مجموع مربعات نوع ۴	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P-Value	مجذور اتا
اثر درون آزمودنی ها	زمان	ناامیدی	۲۱۸۹/۸۲	۲	۱۰۹۴/۹۱	۱۶۶/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۸۶
	زمان*گروه		۹۹۸/۸۷	۴	۲۴۹/۷۱	۲۶۰/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۷۳
	خطا		۳۵۵/۳۴	۵۴	۶/۵۸	۲۶۰۸/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹
اثر بین آزمودنی ها	عرض از مبدا	گروه	۶۲۶۸۴/۱۶	۱	۶۲۶۸۴/۱۶	۳۹/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۷۴
	گروه		۱۹۱۷/۴۴	۲	۹۵۸/۷۲	۲۴/۰۲	۰/۰۰۰	
	خطا		۶۴۸/۷۸	۲۷				
تکانشگری (اثر درون آزمودنی ها)	زمان	حرکتی	۱۶۸/۹۰	۱/۳۳	۱۲۶/۷۷	۲۸/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱
		شناختی	۸۴۶/۶۰	۱/۵۶	۵۴۰/۴۶	۵۶/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۶۷
		عدم برنامه ریزی	۳۷۵/۴۴	۱/۵۸	۲۳۷/۷۰	۲۶/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۴۹
	زمان و گروه	حرکتی	۳۸/۰۳	۲/۶۶	۱۴/۲۷	۳/۱۷	۰/۰۴۱	۰/۱۹
		شناختی	۳۶۴/۴۸	۳/۱۳	۱۱۶/۳۴	۱۲/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷
		عدم برنامه ریزی	۳۲۶/۱۶	۳/۱۵	۱۰۳/۲۴	۱۱/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶
	خطا	حرکتی	۱۶۱/۶۰	۳۵/۹۷	۴/۴۹۲			
		شناختی	۴۰۷/۴۵	۴۲/۲۹	۹/۶۳			
		عدم برنامه ریزی	۳۷۹/۳۸	۴۲/۶۴	۸/۸۹			

هادی ایزانلو و همکاران

۰/۹۹	۰/۰۰۰	۳۳۸۴/۱۸	۲۸۳۲۷/۲۳	۱	۲۸۳۲۷/۲۳	حرکتی		
۰/۹۹	۰/۰۰۰	۴۵۰۲/۹۲	۴۱۹۶۴/۴۸	۱	۴۱۹۶۴/۴۸	شناختی		
۰/۹۹	۰/۰۰۰	۵۸۱۸/۶۱	۴۷۵۲۲/۶۴	۱	۴۷۵۲۲/۶۴	عدم برنامه ریزی		
۰/۱۲	۰/۱۶۰	۱/۹۶	۱۶/۴۵	۲	۳۲/۹۰	حرکتی	عرض مبدا	تکانشگری
۰/۶۳	۰/۰۰۰	۲۳/۲۹	۲۱۷/۰۵	۲	۴۳۴/۱۱	شناختی	گروه	(اثر بین آزمودنی ها)
۰/۸۰	۰/۰۰۰	۵۵/۶۳	۴۵۴/۳۷	۲	۹۰۸/۷۵	عدم برنامه ریزی	خطا	
			۸/۳۷	۲۷	۲۲۶/۰۳	حرکتی		
			۹/۳۱	۲۷	۲۵۱/۶۲	شناختی		
			۸/۱۶	۲۷	۲۲۰/۵۱	عدم برنامه ریزی		

بر نشخوار" (به ترتیب؛ تفاوت میانگین= $P=۰/۰۲۳$ ،  $-۷/۴۶$ ) تفاوت میانگین= $P=۰/۰۲$ ،  $-۵/۶۵$ )، نسبت به گروه کنترل کمتر می باشد. اما در زیر مقیاس حرکتی بین میانگین ۳ گروه کنترل، "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" و "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" تفاوت معنا داری بدست نیامد.

"درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" و "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" به منظور بررسی پایدار بودن اثر بخشی و تغییرات در هریک از گروه های مداخله در طول ۳ دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بنفرونی به مقایسه ۲ به ۲ میانگین متغیرها به تفکیک گروه های مورد نظر در این ۳ دوره پرداخته شد. همانطور که (جدول ۴) نشان می دهد در ۲ گروه مداخله ای "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" و "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" میانگین نمره در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معناداری کمتر از پیش آزمون است، اما میانگین نمره مراحل پیگیری و پس آزمون تفاوت معناداری با هم ندارند.

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین ها در ۳ گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین ۲ "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" و "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" برای نامیدی (تفاوت میانگین= $P=۰/۰۹۹$ ،  $-۰/۴۶$ ) تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین میانگین نمره "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" و "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" با گروه کنترل برای نامیدی (به ترتیب؛ تفاوت میانگین= $P<۰/۰۰۱$ ،  $-۹/۵۵$ )؛ تفاوت میانگین= $P<۰/۰۰۱$ ،  $-۱۰/۰۱$ )، تفاوت معناداری بدست آمد که حاکی از اثربخشی هر ۲ مداخله بوده است. در ارتباط با تکانشگری، در زیر مقیاس شناختی میانگین نمره گروه "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" به طور معناداری از ۲ گروه کنترل (تفاوت میانگین= $P<۰/۰۰۱$ ،  $-۵/۲۲$ ) و "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" (تفاوت میانگین= $P<۰/۰۰۱$ ،  $-۳/۷۳$ ) کمتر است. اما در زیر مقیاس عدم برنامه ریزی میانگین نمره ۲ گروه "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" و "درمان شناختی رفتاری متمرکز

جدول ۴: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه تفکیکی گروه های مورد مطالعه در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	زمان	تفاوت	انحراف معیار	"شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی"		"درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار"		P-Value
				تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار	
تکانشگری	پیش آزمون	۱/۱۹	۱/۳۵	۱۵/۷۶	۱/۲۳	۱۴/۶۱	۱/۵۰	۰/۰۰۰
	پیش آزمون پیگیری	۱/۱۰	۰/۹۹	۱/۰۹	۰/۰۰۰	۱۴/۴۹	۱/۰۹	۰/۰۰۰
	پس آزمون پیگیری	۱/۳۳	۰/۹۹	۰/۷۱	۰/۵۸	-۰/۱۲	۰/۵۴	۰/۹۹
عدم برنامه ریزی	پیش آزمون	۰/۹۸	۰/۵۸	۳/۹۳	۰/۵۷	۴/۳۱	۰/۶۳	۰/۰۰۰
	پیش آزمون پیگیری	۰/۹۸	۰/۹۷	۳/۶۰	۰/۹۸	۳/۵۳	۱/۰۷	۰/۰۲۸
	پس آزمون پیگیری	۰/۰۰۰	۰/۷۳	-۰/۳۳	۰/۶۳	-۰/۹۹۹	۰/۵۵	۰/۵۷۷
شناختی	پیش آزمون	۱/۸۳	۱/۲۰	۷/۳۲	۰/۹۸	۱۱/۵۷	۲/۰۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون پیگیری	۰/۱۷	۰/۷۸	۶/۷۵	۰/۶۳	۱۱/۱۲	۱/۹۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون پیگیری	-۱/۶۶	۱/۱۰	-۰/۵۷	۰/۶۹	-۰/۹۹۹	۰/۷۳	۰/۹۹۹
عرض مبدا	پیش آزمون	-۱/۰۵	۱/۰۵	۷/۰۱	۱/۰۳	۷/۲۰	۱/۰۰	۰/۰۰۰
	پیش آزمون پیگیری	-۱/۵۰	۱/۳۴	۸/۰۲	۱/۴۳	۶/۳۱	۱/۵۹	۰/۱۰
	پس آزمون پیگیری	-۰/۴۵	۱/۰۲	۱/۰۱	۱/۰۷	-۰/۸۹	۰/۹۲	۰/۹۹۹

**بحث**

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" و "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" بر تکانشگری و ناامیدی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" و "درمان شناختی رفتاری مبتنی بر نشخوار" نقش موثری در کاهش تکانشگری داشته است. در خصوص اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" همسو با نتایج حاضر، بعضی مطالعات دیگر نیز اثر بخشی آن را بر کاهش تکانشگری در نمونه های افراد سالم (۳، ۳۲) بر خلاف بعضی مطالعات که در نمونه های بالینی انجام شده بود (۳۴)، نشان دادند. قابل ذکر است در بعضی مطالعات (۱۸) صرفاً نمره بالای تکانشگری عدم برنامه ریزی در افراد افسرده مشاهده شد. البته در مطالعات مذکور، توجه آگاهی در قالب درمان شناختی و در نمونه های بالینی افسرده انجام نشده بود. به هر حال تناقض در نتایج ممکن است به دلیل نمونه های متفاوت، کار بالینی متفاوت در ارتباط با توجه آگاهی در قالب درمان یا آموزش و متغیرهای واسطه گر باشد. در تبیین اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" می توان گفت، نوجوانان با سطح بالای نشخوار و افسردگی، بدلیل سطح پایین توجه انتخابی، رفتارهای تکانشی و آسیب زای بیشتری را نشان می دهند. لذا توجه آگاهی منجر به آگاه شدن از روندهای ذهنی و هیجانی و افزایش توجه می شود، یعنی عامل شناختی که غالباً در رفتارهای تکانشی با محدودیت همراه است. به هر حال ساز و کار احتمالی تغییر برای این روش درمانی طبق زیربنای نظری آن افزایش توجه و آگاهی به موقعیت حاضر است (۵۶). در نهایت پژوهش حاضر نشان داد "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" می تواند در بیمارانی که در حال حاضر علائم افسردگی دارند نیز موثر باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد "درمان شناختی رفتاری مبتنی بر نشخوار+" نقش موثری در کاهش تکانشگری داشته است. اگرچه مطالعه ای به طور مستقیم بر اثربخشی این درمان بر تکانشگری نپرداخته است، لیکن با توجه به تایید رابطه بین نشخوار و تکانشگری در مطالعات مختلف (۲۲، ۲۳)، می توان اثربخشی "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" را چنین استنباط نمود که کاهش تکانشگری می تواند به علت اصلاح فرآیند

تفکر و تغییر سبک تفکر بیمار باشد (۲۴)، چرا که با کاهش نشخوار، تکانشگری که بر اساس الگوهای فکری عاداتی تقویت شده است (۲۳)، کاهش می یابد. از طرفی، چون تکانشگری، افزایش دهنده نشخوار نیز است (۲۲)، این چرخه معیوب شکسته می شود. به بیان دیگر، "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" با آموزش سبک تفکر عینی و استفاده از سوال های چگونه در مواجهه با افکار منفی (خودکشی) باعث توقف نشخوار می گردد و اشخاص از افکار کلی، ارزشی و انتزاعی که تشدید کننده نشخوار و متعاقب آن رفتارهای آسیب زا (از جمله تکانشگری) است، به سمت افکار خاص، توصیفی و عینی هدایت می شوند (۲۴). یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" و "درمان شناختی رفتاری مبتنی بر نشخوار" به طور موثری باعث کاهش نمره ناامیدی در بین نوجوانان شده است. در خصوص اثر بخشی "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی"، این یافته با نتایج مطالعه لطفی کاشانی و همکاران (۳۱) همسو است. در مطالعه لطفی کاشانی و همکاران (۳۱) به اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" بر زنان دارای سرطان پستان پرداخته شد. نتایج پژوهش نشان داد که این درمان می تواند باعث کاهش ناامیدی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در زنان گردد. در تبیین این داده ها می توان گفت، که این درمان با تغییر نگاه نسبت به افکار (آن ها را واقعیت محض ندانستن) و آگاهی بیشتر از هیجان، رفتار و شناخت، بازیابی اطلاعات از حافظه زندگی نامه ای (autobiographical memory) را اختصاصی تر می کند، حال آنکه افسردگی با افزایش کلی کردن اطلاعات در بازخوانی حافظه زندگی نامه ای همراه است (۵۶). بنابراین، فرد افسرده در مواجهه با رویدادهای منفی و با افکار خودآیند منفی کمتر آن ها را به صورت کلی و به همه ابعاد زندگی اش ربط می دهد و به این طریق افکار ناامیدانه، که در بیشتر اوقات با غرق شدن در افکار گذشته در ارتباط هستند، کم رنگ تر می شوند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد "درمان شناختی رفتاری مبتنی بر نشخوار" به طور موثری باعث کاهش نمره ناامیدی در بین نوجوانان شده است. اگرچه در جستجوی پیشینه مطالعه ای یافت نشد که به طور مستقیم به اثربخشی این درمان بر ناامیدی پرداخته باشد، اما با توجه به اینکه "درمان شناختی رفتاری مبتنی بر نشخوار" یک درمان شناختی رفتاری با تمرکز ویژه بر نشخوار

یافته است.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" و "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" می توانند در کنار کاهش افسردگی، به پایین آمدن سطح تکانشگری و ناامیدی در این بیماران موثر باشد و البته بین این ۲ مداخله درمانی برتری بدست نیامد. لذا پیشنهاد می شود درمان های "شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی" و "درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار" در مراکز درمانی برای بهبود ناامیدی و کاهش اقدام به خودکشی نوجوانان افسرده بستری بکاربرده شود. محدودیت های پژوهش حاضر شامل تعداد کم آزمودنی های هر گروه، کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از ابزار های خود گزارشی است.

### سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی بالینی دانشجوی هادی ایزانلو و به راهنمایی خانم دکتر فاطمه شهبانی زاده مصوب دانشگاه آزاد اسلامی و با مجوز و اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی با شماره مشخصه IR.NKUMS.REC.1398.099 و اخذ کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20191012045068N1 می باشد. از پرستاران محترم در ۲ بخش اورژانس بیمارستان ثامن الائمه (ع) و بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد و همچنین مسئول محترم واحد آموزش بالینی بیمارستان ثامن الائمه نهایت تشکر و قدردانی می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

است می توان گفت با مطالعات (۲۶، ۲۵) همسو است. در تبیین این موضوع می توان گفت این درمان با هدف قرار دادن نشخوار به طور مستقیم از طریق آموزش عینیت و تاکید بر آموزش فعالیت های رفتاری باعث جلوگیری از غرق شدن فرد در تله نشخوار و افکار منفی نسبت به خود می شود (۲۴). زیرا مهم ترین قابلیت "درمان شناختی رفتاری مبتنی بر نشخوار" این است که اشخاص را از افکار تکراری (نشخوار غیر سازنده) به سمت افکار کارآمد و سازنده هدایت می کند و عنصر کلیدی در این رابطه تاکید بیشتر بر کارکرد و سودمندی افکار و رفتارهاست و نه بررسی شواهد. بنابراین، ناامیدی و افکار مرتبط با آن، به علت حذف شدن کارکردهای نادرست و قوی شدن افکار منتهی به عمل، سست و کم رنگ می شوند.

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر ۲ درمان بدون برتری نسبت به یکدیگر، تکانشگری و ناامیدی را کاهش داده است و در طول ۲ ماه این کاهش حفظ شده است. لذا می توان گفت ناامیدی و تکانشگری در یک راستا و به طور معناداری تغییر یافته اند که حاکی از اهمیت هر ۲ درمان در بیماران افسرده است (۱۳)، افزون بر آن در پژوهش حاضر میزان اثربخشی مداخلات بر زیر مقیاس تکانشگری عدم برنامه ریزی بیشتر از ناامیدی مشاهده شد. نتایج با یافته های پژوهش Santana-Campas و همکاران (۱۴) هم راستا است که نشان داد تکانشگری پیش بینی کننده قوی تری برای افکار خودکشی نسبت به ناامیدی است، هر چند که یافته مذکور در بزرگسالان افسرده غیر تبیین کننده است. اما این مساله مطرح می شود که احتمالاً تکانشگری تعدیل کننده اثر شدت افسردگی است که متاثر از ناامیدی می باشد (۱۵)، بنابراین، نکته قابل تامل ارتباط تنگاتنگ ۲ سازه تکانشگری و ناامیدی است که در پژوهش حاضر هر ۲ روش درمان به طور معناداری در نوجوانان افسرده کاهش

### References

- Mullarkey MC, Marchetti I, Beevers CG. Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019; 48(4): 656-668. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437735>
- Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*. 2018; 8(1): 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, Hoekstra PJ, Coghill D, Schulze U, Dittmann RW, Buitelaar JK, Castro-Fornieles J, Lievesley K, Santosh P, Arango C, STOP Consortium. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 29(6): 759-776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Fazakas-De Hoog L, Rnic K, Dozois D. A Cognitive distortions and deficits model

- of suicide Ideation. *Europe's Journal of Psychology*. 2017; 13(2): 178-193. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i2.1238>
5. Biswas T, Scott JG, Munir K, Renzaho AM, Rawal LB, Baxter J, Mamun AA. Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *Eclinical Medicine*. 2020; 24: 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>
  6. Bolhari J, Malakouti SK, Hakim Shoostari M, Nojomi M, Poshtmahadi M, Asgharzadeh Amin S, Asgharnejad AA, Hajian Motlagh N. [The prevalence of suicide attempt in proportion of referrals to emergency departments in Karaj]. *Hakim Research Journal*. 2007; 10 (1): 50-55. <http://hakim.hbi.ir/article-1-333-fa.html>
  7. Esmail Nia T, Faramarzi M, Mousavi S, Shamsi G. [Causes of attempted suicide among women of Babol town, 2001-02]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2005; 7 (2): 58-62. <http://jbums.org/article-1-2639-fa.html>
  8. Orchard F, Reynolds S. The combined influence of cognitions in adolescent depression: Biases of interpretation, self-evaluation, and memory. *The British Journal of Clinical Psychology*. 2018; 57(4): 420-435. <https://doi.org/10.1111/bjc.12184>
  9. Wolfe KL, Nakonezny PA, Owen VJ, Rial KV, Moorehead AP, Kennard BD, Emslie GJ. Hopelessness as a predictor of suicide ideation in depressed male and female adolescent youth. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2019; 49(1): 253-263. <https://doi.org/10.1111/sltb.12428>
  10. Costanza A, Baertschi M, Richard-Lepouriel H, Weber K, Berardelli I, Pompili M, Canuto A. Demoralization and its relationship with depression and hopelessness in suicidal patients attending an emergency department. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(7): 2232. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072232>
  11. Bernal TM, Fuentes NI, Martínez AO, Palos PA. Hopelessness and self-esteem in teenagers with and without suicidal risk. *Nova Scientia*. 2019; 11(22): 413-32. <https://doi.org/10.21640/ns.v11i22.1825>
  12. Baryshnikov I, Rosenström T, Jylhä P, Vuorilehto M, Holma M, Holma I, Riihimäki K, Brown GK, Oquendo MA, Isometsä ET. Role of hopelessness in suicidal ideation among patients with depressive disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2020; 81(2): 12866. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12866>
  13. Duica L, Dragulescu V, Pîrlög M. Neurobiological elements of hopelessness and impulsivity in suicidal behavior. *International Journal of Medical Reviews and Case Reports*. 2020; 4(11): 1-4. <https://doi.org/10.5455/IJMRCR.suicidal-behaviour-neuro>
  14. Santana-Campas MA, Hidalgo-Rasmussen CA, Alcázar-Córcoles MÁ. Impulsivity and hopelessness as risk factors for suicidal in deprived young Mexicans. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2019; 28(4): 544.
  15. Wang YY, Jiang NZ, Cheung EF, Sun HW, Chan RC. Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder *Journal of Affective Disorders*. 2015; 183: 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.001>
  16. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47(5): 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
  17. Onat M, Emiroğlu Nİ, Baykara B, Özerdem A, Özyurt C, Öztürk Y, et al. Executive functions and impulsivity in suicide attempter adolescents with major depressive disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019; 29(3): 332-339. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1541647>
  18. Ozten M, Erol A. Impulsivity differences between bipolar and unipolar depression. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019; 61(2): 156-160. <https://doi.org/10.4103/psychiatry>
  19. Kroning M, Kroning K. Teen depression and suicide, a silent crisis. *Journal of Christian Nursing*. 2016; 33(2): 78-86. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000254>
  20. Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, Kuyken W. Mechanisms of action in Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017; 55: 74-91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
  21. Dvorak R, Simons J, Wray T. Impulsivity moderates the association between depressive rumination and number of quit attempt failures by smokers. *Addiction Research & Theory*. 2011; 19(3): 283-8. <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.512110>
  22. Horibe K, Hasegawa A. How Autistic Traits,

- Inattention and hyperactivity-impulsivity symptoms influence depression in nonclinical undergraduate students? Mediating role of depressive rumination. *Current Psychology*. 2020; 39: 1543-1551. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9853-3>
23. Valderrama J, Miranda R, Jeglic E. Ruminative subtypes and impulsivity in risk for suicidal behavior. *Psychiatry Research*. 2016; 236: 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.008>
  24. Watkins ER. [Rumination-Focused Cognitive-Behavior Therapy for depression]. New York: Guilford; 2016. Translated by: Eshtad, Elham. <https://www.roshdpress.ir/Cognitive-behavioral-therapy-focused-on-thought>
  25. Hvenegaard M, Moeller S, Poulsen S, Gondan M, Grafton B, Austin SF, Kistrup M, Rosenberg NG, Howard H, Watkins ER. Group Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) v. group CBT for depression: Phase II trial. *Psychological Medicine*. 2020; 50(1): 11-19. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003835>
  26. Bessette KL, Jacobs RH, Heleniak C, Peters AT, Welsh RC, Watkins ER, Langenecker SA. Malleability of rumination: An exploratory model of CBT-based plasticity and long-term reduced risk for depressive relapse among youth from a pilot randomized clinical trial. *Public Library of Science One*. 2020; 15(6): e0233539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233539>
  27. Parmentier FBR, Garcia-Toro M, Garcia-Campayo J, Yanez AM, Andres P, Gili M. Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10 (506): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00506>
  28. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in patients with depression: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 14: 1599-1605. <https://doi.org/10.2147/NDT.S160761>
  29. Segal ZV, Dimidjian S, Beck A, Boggs JM, Vanderkruik R, Metcalf CA, et al. Outcomes of Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with residual depressive symptoms: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(6): 563-573. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4693>
  30. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, Gulamani T, Williams G, Ferguson A, Segal ZV. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either Mindfulness-Based Cognitive Therapy or Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2018; 86(2): 200-204 <https://doi.org/10.1037/ccp0000266>
  31. Lotfi-Kashani F, Fallahi L, Akbari ME, Mansour-Moshtaghi N, Abdollahi F. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on hopelessness among women with breast cancer and gynecological cancer. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2018; 5(1): 24-31.
  32. Dixon MR, Paliliunas D, Belisle J, Speelman RC, Gunnarsson KF, Shaffer JL. The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019; 11: 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.003>
  33. Salmoirago-Blotcher E, Druker S, Meleo-Meyer F, Frisard C, Crawford S, Pbert L. Beneficial effects of school-based mindfulness training on impulsivity in healthy adolescents: Results from a pilot randomized controlled trial. *Explore*. 2019; 15(2): 160-4. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.07.003>
  34. Korponay C, Dentico D, Kral TR, Ly M, Kruis A, Davis K, Goldman R, Lutz A, Davidson RJ. The effect of mindfulness meditation on impulsivity and its neurobiological correlates in healthy adults. *Scientific Reports*. 2019; 9(1): 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47662-y>
  35. Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD, Kumar N, Palfrey A, Ford BQ, Dimidjian S, Shirk S, Holm-Denoma J, Goode KM, Cox E, Chaplin W, Mauss IB. Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-Based Cognitive Therapy versus an active control condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015; 83(5): 964-975. <https://doi.org/10.1037/ccp0000050>
  36. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*. 2019; 48(6): 445-462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>
  37. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. [Research Methods in Behavioral Science]. Tehran: Agah Publication; 2014. <http://www.agahpub.com>
  38. First MB, Williams JW, Benjamin LS, Spitzer RL. [Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinical version (Scid-5-CV)]. Arlington, VA; American Psychiatric Association; 2016. Translated by: Sharifi V, Shadloo B, & Shahrivar Z. [www.ebnsinapress.ir](http://www.ebnsinapress.ir)
  39. Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila



- J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2018; 27(1): 1-12. <https://doi.org/10.1002/mpr.1590>
40. Lobbstaël J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011; 18(1): 75-79. <https://doi.org/10.1002/cpp.693>
  41. Sharifi V, Asadi S M, Mohammadi M R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabanikia A, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Hakim Shoushtari M, Sedigh A, Jalali Roudsari M. [Reliability and feasibility of the Persian version of the Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID)]. *Advances in Cognitive Sciences*. 2004; 6(1 and 2): 10-22. <http://icssjournal.ir/article-1-26-fa.html>
  42. Amini H, Sharifi V, Asaadi SM, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Hakim Shooshtari M, Seddigh A, Jalali-Roodsari M. [Validity of the Iranian version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) in the diagnosis of psychiatric disorders]. *Payesh*. 2008; 7 (1): 49-57. <http://payeshjournal.ir/article-1-675-fa.html>
  43. Beck AT, Steer RA, Brown G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
  44. Stefan-Dabson K, Mohammad Khani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2007; 29(8): 80-6. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
  45. Rajabi G, Karjo KS. [Psychometric properties of a Persian language version of the Beck Depression Inventory- Second edition]. *Educational Measurement*. 2013; 3(10): 139-58. [https://jem.atu.ac.ir/article\\_5657.html?lang=en](https://jem.atu.ac.ir/article_5657.html?lang=en)
  46. Rajabi GR. [Psychometric properties of Beck Depression Inventory short form items (BDI-13)]. *Journal of Iranian Psychologists*. 2004; 1(4): 28-35. [http://jip.azad.ac.ir/article\\_512442.html](http://jip.azad.ac.ir/article_512442.html)
  47. Barratt ES. Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological Reports*. 1965; 16(2): 547-554. <https://doi.org/10.2466/pr0.1965.16.2.547>
  48. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 51(6): 768-74.
  49. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47(5): 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
  50. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli Djavid G, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. [Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in assessing risky and impulsive Behaviors]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(3): 326-336. <http://ijpcp.iiums.ac.ir/article-1-567-fa.html>
  51. Javid M, Mohammadi N, Rahimi Ch. [Psychometric properties of an Iranian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)]. *Psychological Models and Methods*. 2012; 2(8): 23-34. [http://jpmm.miau.ac.ir/article\\_1088.html](http://jpmm.miau.ac.ir/article_1088.html)
  52. Cull JG, Gill WS. *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Service. 1989. [https://openlibrary.org/books/OL3114323M/Suicide\\_probability\\_scale\\_%28SPS%29\\_manual](https://openlibrary.org/books/OL3114323M/Suicide_probability_scale_%28SPS%29_manual)
  53. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the perceived social support from Friends and Family Scales, Scale for Interpersonal Behavior, and Suicide Probability Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1993; 49(4): 515-22. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199307\)49:4<515::AID-JCLP2270490408>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199307)49:4<515::AID-JCLP2270490408>3.0.CO;2-K)
  54. Sharifian M, Lavasani M, Ejei J, Taremian F, Amrani K. [The relationship among classroom community, attitude toward parents, anxiety disorders and depression with adolescent suicide probability]. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 15: 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.03.134>
  55. Khanipour H, Borjali A, Fasafinejad M. Non-suicidal self-injury in delinquent adolescents and adolescents with history of childhood maltreatment: Motivation and suicide probability. *Psychology of Exceptional Individual*. 2017; 6(21): 60-79.
  56. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, NY: Guildford press; 2002. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00145-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00145-6)