



The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Alexithymia, Experiential Avoidance and Rumination in People with Non-Suicidal Self-Injury

Nastaran Etemadi Rad¹, Samane Maleki², Najmeh Eftekhari³, Samaneh Zarei^{4*}

1. Master of General Psychology, Garmsar Branch, Payam Noor University, Garmsar, Iran.
2. Master of Family Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. Master of General Psychology, Farvardin Institute of Higher Education Qaemshahr, Mazandaran, Iran.
4. Master of Educational Psychology, Buali Sina University, Hamedan, Iran.

Corresponding Author: Najmeh Eftekhari, Master of General Psychology, Farvardin Institute of Higher Education Qaemshahr, Mazandaran, Iran.

Email: eftekharnajmeh@gmail.com

Received: 18 May 2024

Accepted: 20 July 2024

Abstract

Introduction: Considering the prevalence and consequences of non-suicidal self-injury, it is necessary to identify and treat the mechanisms involved in NSSI. Mindfulness-based cognitive therapy specifically targets mechanisms thought to be involved in the initiation and maintenance of NSSI; therefore, the present study was conducted to investigate the effect of Mindfulness-based cognitive therapy on alexithymia, experiential avoidance, and rumination in people with non-suicidal self-injury.

Methods: The current study was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. Among the people referring to the clinics and counseling centers in Tehran, 30 people who had the highest score on the non-suicidal self-injury questionnaire were selected by convenience sampling and randomly divided into two experimental groups. The control group (15 people) was replaced. The experimental group received 8 sessions of Mindfulness-based cognitive therapy, but the control group did not receive any specific intervention. The research tools were: the nonsuicidal self-injury questionnaire, Toronto Alexithymia Scale, Acceptance and Action Questionnaire, and Ruminative Response Scale. Data were analyzed using SPSS version 23 software and Multivariate analysis of covariance analysis method.

Results: The results indicate the significant effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing alexithymia, experiential avoidance, and rumination in people with non-suicidal self-injury in the post-test stage ($P < 0.05$).

Conclusions: mindfulness-based cognitive therapy, by directly addressing the mechanisms involved in the initiation and maintenance of non-suicidal self-injury, offers great promise as a transdiagnostic therapy that can be a successful intervention for individuals who engage in self-injurious behaviors. Therefore, according to the obtained findings, therapists can use this intervention to reduce alexithymia, experiential avoidance, and rumination in people with non-suicidal self-injury.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, alexithymia, experiential avoidance, rumination, non-suicidal self-injury.



تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی

نسترن اعتمادی راد^۱، سمانه ملکی^۲، نجمه افتخاری^۳، ثمانه زارعی^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرمسار، دانشگاه پیام نور، گرمسار، ایران.

۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فروردین قائمشهر، مازندران، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

نویسنده مسئول: نجمه افتخاری، کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فروردین قائمشهر، مازندران، ایران.
ایمیل: eftekharnajmeh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۳۰

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع و پیامدهای اقدام به خودآسیبی بدون قصد خودکشی، شناسایی و درمان مکانیسم‌هایی که در خودآسیبی بدون قصد خودکشی نقش دارند، ضروری است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور خاص مکانیسم‌هایی را که تصور می‌شود در شروع و حفظ خودآسیبی بدون قصد خودکشی نقش دارند، مورد هدف قرار می‌دهد؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر تهران، ۳۰ نفر که بالاترین نمره را در پرسشنامه خودجرحی بدون قصد خودکشی کسب کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه خودجرحی بدون قصد خودکشی، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم، مقیاس پاسخ نشخوار فکری. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر معنادار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی در مرحله پس آزمون است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با پرداختن مستقیم به مکانیسم‌های که در شروع و حفظ خودآسیبی بدون قصد خودکشی نقش دارند، نوید بزرگی به عنوان یک درمان فراتشخیصی ارائه می‌کند که می‌تواند مداخله‌ای موفق برای افرادی باشد که دست به رفتارهای خودآسیبی می‌زنند. بنابراین، با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان‌گران می‌توانند جهت کاهش ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی، از این مداخله استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای، نشخوار فکری، خودآسیبی بدون قصد خودکشی.

مقدمه

خودآسیبی بدون قصد خودکشی (Non-suicidal self-injury)، بر وارد کردن آسیب عمدی به بافت های بدن، توسط خود شخص، بدون قصد آگاهانه خودکشی اشاره دارد (۱). روش های خودآسیبی شامل بریدن، سوزاندن، کوبیدن، خراشاندن، کتک زدن، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن، چنگ کشیدن، زخمی کردن بدن و یا جلوگیری از بهبود زخم های بدن می باشد (۲). مطالعات نشان می دهد که ۱۷ درصد از نوجوانان، ۱۳ درصد از بزرگسالان و ۶ درصد از بزرگسالان بالای ۲۵ سال درگیر خودآسیبی بدون قصد خودکشی (NSSI) هستند (۳). یک بررسی نظامند نشان داد که بین ۴٪ تا ۷۰٪ از بیماران روان پزشکی درگیر رفتارهای خودآزاری هستند (۴). اگرچه نرخ های NSSI در طول مطالعات در نوسان است، NSSI مادام العمر در نمونه های جامعه ۵ درصد برآورد شده است (۱). اگرچه شیوع و پیامدهای NSSI بالاست، با این حال، مطالعات کمی مکانیسم های روان شناختی زیربنایی NSSI را در نمونه های بالینی و غیربالینی مورد بررسی قرار داده اند، که نتایج حاصل از آنها می تواند راهنمایی هدفمند برای درمان های باشد که متمرکز بر کاهش خطر خودآسیبی در افراد آسیب پذیر هستند. بنابراین جهت درمان NSSI شناخت مکانیسم های مهم در این اختلال ضروری به نظر می رسد. افرادی که اقدام به خودآسیبی می کنند، به دنبال کاهش موقت احساسات و هیجانات منفی شدید خود یا منحرف کردن توجه خود از اضطراب ذهنی هستند. درواقع متناسب با کارکرد تنظیم کننده هیجان NSSI، مکانیسم هایی که تصور می شود خطر NSSI را در مواجهه با استرس افزایش می دهند، شامل تنظیم ضعیف هیجانات، تحمل پریشانی ضعیف، نشخوارفکری و هیجانات منفی است (۵). بنابراین NSSI از نظر تئوری به عنوان مشکل در تنظیم هیجان در نظر گرفته شده است (۶). ناگویی هیجانی (alexithymia) نیز نوعی نقص در تنظیم هیجان است که مشخصه ی آن دشواری در بیان و شناسایی هیجان است و ممکن است در NSSI نقش داشته باشد (۱). بنابراین ناگویی هیجانی یکی از مکانیسم های مهم است که ممکن است در شروع و تدوام NSSI نقش ویژه ای داشته باشد. نیمیا و سیفتئوس (Nemiah and Sifneos) (۷) برای اولین بار ناگویی هیجانی را به عنوان یک «پدیده بالینی شامل فقدان آگاهی هیجانی

یا به طور خاص، دشواری در شناسایی، توصیف و تشخیص هیجانات» توصیف کردند. نظریه رافاگناتو (Raffagnato) (۸) ادعا می کند که بیمارانی که هیچ کلمه ای برای بیان هیجانات منفی خود ندارند (ناگویی هیجانی) به احتمال زیاد خود را تخلیه و یا از طریق رفتارهای خودآسیبی ابراز می کنند. پژوهش ها نشان داده است که ناگویی هیجانی یک ویژگی مشترک رفتارهای خودآزاری است که برای بیان مشکلات روانی و عاطفی استفاده می شود (۸). به طور کلی ناگویی هیجانی یک پیش بینی کننده مهم در NSSI است که در مداخلات درمانی باید هدف قرار گیرد. به عبارت دیگر آگاهی هیجانی، پذیرش عواطف و تجارب ناخوشایند و عدم اجتناب از آنها، مکانیسم های مهمی هستند که در درمان NSSI باید مورد توجه قرار گیرند.

علاوه بر ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای یکی دیگر از مکانیسم های مهم است که براساس پژوهش ها در طیف وسیعی از اختلالات روانی به ویژه در NSSI نقش مهمی دارد (۹، ۱۰، ۱۱). اجتناب تجربه ای نوعی عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت های بدنی، هیجان ها، افکار، خاطره ها و زمینه های رفتاری) و تلاش جهت اجتناب از تجربه های دردناک و یا وقایعی است که موجب فراخواندن این تجارب می شود (۱۲). تعدادی از مدل های خودآزاری نقش اجتناب تجربه ای را در مستعد نمودن افراد برای درگیر شدن در NSSI برجسته می کنند (۱۳). مدل اجتناب تجربه ای نشان می دهد که همه افراد روی طیفی هستند که می خواهند از تجارب درونی ناخوشایند اجتناب کنند و افرادی که در انتهای بالاتر این طیف قرار دارند، احتمال بیشتری دارد که برای تنظیم هیجانات خود درگیر خودآزاری شوند (۱۴). هیز (Hayes) و همکاران (۱۲) رفتارهای خودکشی گرایانه و خودجرحی را نوعی اجتناب تجربه ای می دانند که افراد جهت سامان دهی یا فرار از حالت های آزاردهنده، برانگیختگی یا تجارب مزاحم استفاده می کنند. به طور کلی درگیر شدن در خودآزاری به منحرف نمودن حواس خود از آنچه به صورت ناخوشایند احساس می شود، کمک می کند و به نوبه خود این امر می تواند یک حلقه بازخورد منفی ایجاد کند و زمانی که این احساسات ناخواسته اتفاق می افتد، خودآزاری به یک استراتژی تنظیم هیجانی مؤثر تبدیل می شود. همچنین می توان بیان داشت که، تفکر بر روی علل و پیامدهای

نسترن اعتمادی راد و همکاران

عوامل خطر اصلی خودآسیبی، برای تلاش‌های پیشگیری از خودکشی بسیار مهم است، اما هیچ درمان مبتنی بر شواهد هدفمندی برای خودآسیبی وجود ندارد (۲۱). در واقع با وجود پیامدهای نامطلوب برای افرادی که درگیر NSSI هستند، هیچ درمان تایید شده تجربی در دسترس نیست (۲۲). پیشینه پژوهشی نیز نشان می‌دهد زمانی که NSSI یک متغیر ملاک مورد علاقه در کارآزمایی‌های بالینی بوده، اما درمان منحصراً برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) طراحی شده است (۲۳). بنابراین با توجه به پیشینه و ماهیت فراتشخیصی NSSI، درمان‌هایی که به NSSI فراتر از BPD رسیدگی می‌کنند، ضروری هستند. یکی از درمان‌های احتمالاً موثر در درمان NSSI شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) است (۲۱). MBCT به طور خاص جهت تأثیرگذاری بر توجه به افکار و تصاویر منفی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و نشخوارفکری طراحی شده و با موفقیت کاهش واکنش عاطفی منفی را نشان داده است (۲۴). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نخستین بار توسط تیزدل (Teasdale) و همکارانش پایه ریزی شد که در آن عناصر درمان شناختی-رفتاری با اصول و مهارت‌های ذهن آگاهی ادغام شده است (۲۵). ذهن آگاهی (Mindfulness) به صورت توجه به شیوه‌ای خاص تعریف شده است: هدفمند بودن در لحظه حاضر، بدون قضاوت و در خدمت خرد و درک خود (۲۶). این درمان مستقیماً به ویژگی‌های تشخیصی NSSI می‌پردازد، و مکانیسم‌های اصلی را که مکرراً در NSSI نقش دارند (۲۷) مورد هدف قرار می‌دهد. در واقع MBCT به‌عنوان یک درمان نویدبخش برای NSSI محسوب می‌شود. پژوهش ریس (Rees) و همکاران (۲۱) نشان داد که MBCT در کاهش NSSI موثر بوده است. همچنین می‌توان بیان کرد که شواهدی مبنی بر اثربخشی MBCT بر خودآسیبی، یک مداخله مختصر برای خودآسیبی را نشان می‌دهد که می‌تواند به‌عنوان یک درمان مستقل یا از طریق ترکیب با درمان‌های دیگر برای اختلالات روان پزشکی (مثل NSSI) بکار برده شود. به‌طور کلی شواهد نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) به‌طور خاص مکانیسم‌هایی را که تصور می‌شود در شروع و حفظ NSSI نقش دارند، مورد هدف قرار می‌دهد، بنابراین یک گزینه درمانی پایا و معتبر

منفی (مانند نشخوارفکری) و زیان آور و سرکوب کردن افکار مرتبط با تجربیات ناخوشایند و احساسات ناخواسته می‌تواند در اجتناب تجربی از افکار و هیجانات آزاردهنده و به‌علاوه در گرایش افراد به خودآزاری نقش مهمی داشته باشد. نشخوارفکری از دیگر مولفه‌های مهم است که نقش پیش‌بینی‌کننده مهمی در NSSI دارد. نشخوارفکری به‌عنوان افکار مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که گرد یک موضوع دور می‌زند. این افکار به طریق غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند (۱۵). مدل آبشار عاطفی (emotional cascade model) نشان می‌دهد که هیجانات منفی قوی منجر به نشخوارفکری می‌شود و این به نوبه خود باعث افزایش شدت هیجانات منفی می‌شود و گویی تنها رفتارهای مبتنی بر NSSI می‌توانند فرد را از این چرخه آبشار عاطفی جدا سازند (۱۶). شواهدی از طرح‌های مقطعی و طولی نشان داد که نشخوار یک عامل خطر مهم NSSI است (۱۷، ۱۸). به‌طور کلی نشخوارفکری افکاری مقاوم و عودکننده پیرامون یک موضوع هستند. این افکار برای فرد غیرقابل انجام است و به مدت طولانی نیز دوام دارند، این افکار راجعه در طولانی مدت مشکلات هیجانی بسیاری برای افراد ایجاد می‌کنند. فرد برای تسکین افکار آشفته و آزاردهنده خود اقدام به انجام رفتارهای خودآزاری می‌کند که هیجانات نامطلوبی که ناشی از افکار نامطلوب است را تسکین موقت می‌دهد و از این طریق گویی هیجانات خود را با آسیب به خود تخلیه می‌کند. به عبارتی انگار رفتارهای خودآسیبی، تسکین‌دهنده هیجانات ناخوشایند ناشی از نشخوارفکری، محسوب می‌شوند (۱۹). به‌طور کلی هزینه بیمارستانی برای NSSI بالا گزارش شده است. به‌عنوان مثال هزینه مداخلات بیمارستانی مرتبط با NSSI در کشور استرالیا بیش از ۱۴ میلیون دلار در ماه تخمین زده شده است (۲۰). علی‌رغم آگاهی بخشی و تلاش‌ها در این زمینه، همچنان این نوع هزینه‌ها برای NSSI به‌طور چشمگیری در حال افزایش است، بنابراین کاهش این هزینه‌ها، منوط به کاهش مداخلات موثر برای به حداقل رساندن فراوانی و شدت رفتارهای خودآسیبی است. به‌علاوه مطالعات گزارش دادند، جوانانی که به خود صدمه می‌زنند، چهار برابر خطر افکار و رفتارهای خودکشی را در سال بعد دارند. لذا کاهش مکانیسم‌ها و

به نظر می رسد (۲۱). همچنین ذکر این نکته ضروری است که مطالعات پیشین متحصراً گزارش دادند که نبود ذهن آگاهی در حفظ NSSI (۲۸) نقش داشته است، اما هیچ پژوهشی اثر MBCT را در کاهش مکانیسم های شناختی و هیجانی پاتولوژیک در NSSI بررسی نکرده است؛ از این رو مطالعه حاضر نیز با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی انجام شد.

روش کار

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش های کاربردی و از لحاظ شیوه ی گردآوری داده ها به صورت مقطعی و از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون بود. جامعه آماری این مطالعه دربردارنده همه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. از بین جامعه آماری، ۳۰ نفر که بالاترین نمره را در پرسشنامه خودجرحی بدون قصد خودکشی (NSSI) کسب کرده بودند، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و با رعایت معیارهای ورود گزینش و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به صورت گروهی در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای قرار گرفت. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بود از افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان، دامنه سنی ۱۴ سال به بالا، رضایت آگاهانه برای ورود به پژوهش، مصرف نکردن داروهای اعصاب و روان در هنگام جلسات درمان، عدم ابتلا به بیماریهای جسمی صعب العلاج مثل سرطان و اختلالات روان پزشکی مانند افسردگی اساسی همراه با خودکشی، سایکوتیک و نظیر آن و در نهایت قرار نگرفتن تحت سایر درمان های روان شناختی به هنگام اجرای پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از یک جلسه، مصرف مواد و داروهای روان گردان، ابتلا به اختلال سایکوتیک، ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل موارد زیر است.

۱- پرسشنامه خودجرحی بدون قصد خودکشی (NSSI): پرسشنامه خودجرحی بدون قصد خودکشی، یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط کلونسکی و گلن

(Klonsky & Glenn) (۲۹) تدوین شده و فراوانی و عملکرد رفتارهای آسیب رسان به قصد غیرخودکشی (NSSI) را ارزیابی می کند. این سیاهه دو بخش دارد: بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خودآسیب رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه با قصد خودکشی انجام می شوند شامل: کوبیدن/ زدن، گاز گرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بردین، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فرو کردن سوزن در بدن و خوردن مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگیهای توصیفی رفتارهای آسیب رسان غیرخودکشی گرا مانند تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خودآسیب رسانی ارزیابی می کند. پایایی به روش بازآزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته ای $r=0/85$ به دست آمده است همچنین همسانی درونی بین سوال های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/84$ به دست آمد (۲۹). بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی گرا را ارزیابی می کند. این بخش ۱۳ عملکرد رفتارهای خودآسیب رسان را که هم در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تایید قرار گرفته اند را ارزیابی می کند (۳۰). این ۱۳ عملکرد زیر دو عامل کلی طبقه بندی شده اند: کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی). گزینه ها به صورت لیکرت سه گزینه ای تدوین شده است که از ۰ (کاملاً غیرتبط) ۱ (تا حدی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه بندی شده است. بنابراین هر یک از خرده مقیاس ها از ۰ تا ۶ نمره گذاری می شوند. همچنین میانگین نمره مقیاس های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس ها بر تعداد آنها به دست می آید. نمرات بالا نشان دهنده وجود مشکل در آن حوزه و نمرات پایین نشان دهنده عدم وجود مشکل در آن حوزه می باشد. بخش کارکردی سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (۲۹). این بخش سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ درون فردی $0/89$ و کارکرد بین فردی $0/75$) نشان می دهد. در ایران روایی صوری و محتوایی این سیاهه با نظر اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته

نسترن اعتمادی راد و همکاران

بالتر است. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش دادند: میانگین ضریب آلفا 0.84 و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب 0.81 و 0.79 ، به دست آمد (۳۵). عباسی و همکاران (۳۷) نیز در پژوهشی، همسانی درونی و اعتبار همگرایی قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. به این ترتیب، از این پرسشنامه جهت سنجش گرایش به اجتناب تجربه ای در افراد استفاده می‌شود.

۴-مقیاس پاسخ نشخوارفکری (Ruminative Response Scale) (RRS): این مقیاس ۲۲ ماده ای در سال ۱۹۹۱ توسط نولن و هوکسما ساخته شده است (۳۸). نمره گذاری بر مبنای لیکرت چهار درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً) انجام می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده نشخوارفکری بیشتر در مورد مسائل است. سازندگان ضمن تایید روایی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، اعتبار مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی را در نمونه ای از نوجوانان 0.67 گزارش کرده اند (۳۸). ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه باقری نژاد و همکاران (۳۹) از طریق آلفای کرونباخ 0.90 و برای ابعاد 0.92 و 0.89 گزارش شد. همچنین روایی پرسشنامه از طریق همبسته کردن با پرسشنامه باورهای فراشناختی 0.65 گزارش شد (۴۰).

جهت توضیح شیوه اجرای پژوهش نیز می‌توان گفت که ساختار کلی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در طی برنامه ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد که قبل از آن یک دوره مقدماتی به منظور آشنایی و ارزیابی تشکیل شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها براساس ملاک های ورود و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردیدند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش MBCT طبق پروتکل راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال (Segal) و همکاران قرار گرفت (۴۱). اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون به عمل آمد. داده‌های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. محتوای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴۱) در جدول ۱ آمده است.

است و همچنین برای بررسی همسانی درونی سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که آلفای کرونباخ 0.71 محاسبه شده است (۳۱).

۲-مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی (Bagby) و همکاران (۳۲) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سوال)، دشواری در توصیف احساسات (پنج سوال) و تفکر عینی (هشت سوال) بود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۲). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در پژوهش‌هایی بررسی و تایید شده است. در مطالعه بشارت (۳۳) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس 0.42 تا 0.85 محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۳۴). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از 0.70 تا 0.77 برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۳۲).

۳-پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II): این پرسشنامه توسط باند (Bond) و همکاران (۳۵) تدوین شده است و یک نسخه ۱۰ سوالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز (Hayes) و همکاران (۳۶) ساخته شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم، همسو با نظریه زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در یک مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه ای

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال (Segal) و همکاران (۴۱)

جلسه ها	محتوای جلسه ها
یکم	توجه به هدایت خودکار و آموزش حضور ذهن، واریسی بدنی
دوم	رویارویی 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، رویارویی با افکار از طریق تحت کنترل درآوردن 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 شناخته های معیوب، درگیر شدن و جایگزینی آنها.
پنجم	اجازه / مجوز، ایجاد رابطه ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، استفاده از فضای تنفس - دستور العمل های گسترده، ادامه ی شیوه های شناختی.
ششم	افکار حقایق نیستند، رویارویی 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 رویارویی با خطر، پیشگیری از عود
هشتم	بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود مجدد.

یافته ها

جدول ۲: ویژگیهای توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۸	۵۳/۳۳	۱۰	۶۶/۶۷
	مرد	۷	۴۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
وضعیت تاهل	مجرد	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰
	متاهل	۱۰	۶۶/۶۷	۹	۶۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
	راهنمایی	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷
	دیپلم	۴	۲۶/۷	۶	۴۰
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳	۳	۲۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
تحصیلات	لیسانس	۳	۲۰	۲	۱۳/۳
	فوق لیسانس	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷
	دکتر	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش: ۳۷/۳۳ و ۲/۵۰ میانگین و انحراف سن معیار گروه کنترل: ۳۶/۰۷ و ۲/۴۳

در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) زن و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مرد بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر جنسیت برابر با $\chi^2 = 1/14$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P = 0/716$) که نشاندهنده همگن بودن دو گروه از نظر جنسیت می باشد. در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متاهل

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳۷/۳۳ و ۲/۵۰ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۶/۰۷ و ۲/۴۳ بود که براساس میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t = 1/41$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P = 0/171$) که نشاندهنده همگن بودن دو گروه از نظر سن می باشد. در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مرد بودند.

نسترن اعتمادی راد و همکاران

راهنمایی، ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) لیسانس، ۱ نفر (۶/۷ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دکترا بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2 = 1/47$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P = 0/917$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر تحصیلات می‌باشد. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است.

بودند. در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) متأهل بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر وضعیت تاهل برابر با $\chi^2 = 1/60$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P = 0/431$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر وضعیت تاهل می‌باشد. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) راهنمایی، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) لیسانس، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دکترا بودند. در گروه کنترل ۱ نفر (۶/۷ درصد)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
دشواری در شناسایی احساسات	۲۰/۶۰	۱۷/۳۳	۲۰/۶۷	۲۰/۸۰
	انحراف معیار	۰/۵۱	۱/۳۹	۰/۹۸
دشواری در توصیف احساسات	۱۴/۵۳	۱۱/۶۰	۱۴/۴۷	۱۴/۶۰
	انحراف معیار	۰/۶۴	۰/۹۱	۰/۷۴
تفکر عینی	۲۳/۰۰	۲۰/۴۷	۲۲/۷۳	۲۲/۸۰
	انحراف معیار	۱/۱۹	۰/۷۴	۱/۲۲
نمره کل ناگویی هیجانی	۵۸/۱۳	۵۰/۰۰	۵۷/۸۷	۵۸/۲۰
	انحراف معیار	۱/۴۶	۲/۲۴	۲/۲۳
اجتناب تجربه‌های	۲۹/۹۳	۲۵/۸۰	۲۸/۶۷	۲۹/۱۳
	انحراف معیار	۱/۲۸	۱/۵۲	۲/۰۶
نشخوار فکری - بروز دادن	۱۲/۸۷	۱۲/۲۰	۱۲/۸۰	۱۲/۹۳
	انحراف معیار	۰/۷۴	۱/۰۸	۰/۸۶
نشخوار فکری - در فکر فرو رفتن	۱۴/۸۰	۱۳/۳۳	۱۴/۶۷	۱۴/۷۳
	انحراف معیار	۰/۶۸	۱/۲۳	۰/۶۲
نشخوار فکری - افسردگی	۲۹/۳۳	۲۷/۷۳	۲۹/۷۳	۲۹/۸۰
	انحراف معیار	۱/۵۹	۱/۹۴	۱/۲۸
نمره کل نشخوار فکری	۵۷/۰۰	۵۳/۲۷	۵۷/۲۰	۵۷/۴۷
	انحراف معیار	۲/۰۰	۲/۶۸	۲/۰۱

shapiro-wilk استفاده شد که براساس نتایج داده‌ها برای دشواری در شناسایی احساسات ($Z = 0.982, P = 0.502$)، دشواری در توصیف احساسات ($Z = 0.930, P = 0.171$)، تفکر عینی ($Z = 0.881, P = 0.180$)، اجتناب تجربه ای ($Z = 0.815, P = 0.180$)، بروز دادن ($Z = 0.632, P = 0.159$)، در فکر فرو رفتن ($Z = 0.780, P = 0.156$) و افسردگی ($Z = 0.781, Sig = 0.154$) نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوار فکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون

واریانس و کوواریانس می‌باشد ($F=49/730$, $P=0/141$). از آنجایی که پیش فرض‌ها برقرار بودند، لذا می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می‌باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. 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 ماتریس‌های

جدول ۳: نتایج آزمون‌های چندمتغیره پس آزمون ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۱	۲۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۲۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۱۰/۶۳	۲۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۶۳	۲۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹۹

می‌دهد که ۶۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (تحلیل مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳- بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=22/78$ و $P=0/001$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
دشواری در شناسایی احساسات	۴۷/۸۱	۱	۴۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
دشواری در توصیف احساسات	۵۰/۳۱	۱	۸۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
تفکر عینی	۳۸/۰۹	۱	۱۰۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
اجتناب تجربه‌های	۵۸/۸۲	۱	۲۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
نشخوار فکری- بروز دادن	۲/۰۹	۱	۴/۴۱	۰/۰۴۸	۰/۱۷	۰/۵۲
نشخوار فکری- در فکر فرو رفتن	۱۱/۲۴	۱	۱۱/۲۶	۰/۰۰۳	۰/۳۵	۰/۸۹
نشخوار فکری- افسردگی	۱۱/۰۷	۱	۳۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰

مطالعه حاضر نشان داد که شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی تاثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش ناگویی هیجانی در این افراد شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ریس (Rees) و همکاران (۲۱)، بریتون (Britton) و همکاران (۲۴) و سعیدی و همکاران (۴۲) هم سو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مولفه‌های MBCT مستقیماً با عوامل شناختی و عاطفی مرتبط با NSSI هم سو می‌شوند، بنابراین بهترین شانس را برای

چنانچه در جدول ۴- مشاهده می‌شود استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی بود. نتایج

و همکاران (۴۴) هم سو است. در تبیین یافته های مطالعه حاضر می توان گفت که رویکرد MBCT با توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات، باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روانی می گردد. شاید یکی از ویژگیهای آموزش ذهن آگاهی تغییر در راهبردهای مقابله ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند می شود. بر این اساس تداوم تمرین های ذهن آگاهی منجر به ایجاد تغییرات رفتاری برای خودمراقبتی بهتر می شود (۲۵). رفتارهای خودجرحی نوعی اجتناب تجربه ای است که افراد برای فرار از حالت های آزادنده، برانگیختگی، هیجانات منفی یا تجارب مزاحم درونی استفاده می کنند. اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فرایندهایی را راه اندازی می کند که به طور همزمان هم عملکرد روان شناختی را بهینه سازی می کند و هم اجتناب تجربه ای که به وفور در افراد مبتلا به NSSI قابل مشاهده است را کاهش می دهد و از این رو توانایی مدیریت هیجانات منفی را از طریق افزایش آشنایی با زندگی درونی و کاهش واکنش پذیری به آن بهبود می بخشد و این شناخت درونی به نوبه خود می تواند به مقابله موثر با هیجانات منفی بیانجامد. به طور کلی تمرینات ذهن آگاهی با بکارگیری بخش قشری و پیش پیشانی مغز، فعالیت های زیر قشری مغز را که مربوط به حالت های هیجانی است، مدیریت می کند (۴۵). افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند، انعطاف پذیری روانی کمتر و اجتناب تجربه ای بیشتری داشته و قادر به تحمل مشکلات و چالش های زندگی و ناراحتی نیستند که این امر منجر به آسیب های روانی از جمله اقدام به خودزنی بدون قصد خودکشی می شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب تقویت بخش قشری (کنترل و بازداری) می شود و افراد می توانند فارغ از شرایط زندگی، گذشته و آینده شان، ظرفیت خود را برای ذهن آگاهی و شفقت و انعطاف پذیری روانی (کاهش اجتناب تجربه ای) افزایش دهند. در واقع با این تمرینات، فرد قادر می شود میزان تاثیرپذیری از افکار و هیجانات خود را تا حد قابل توجهی تحت کنترل درآورد و در نتیجه می تواند گستره ای از افکار و هیجانات را بدون تجربه اجتناب، خودزنی و آشفتگی

هدف قرار دادن مکانیسم های کلیدی حفظ رفتار خودجرحی ارائه می دهند (۲۱). ناگویی هیجانی به عنوان یک مولفه هیجانی خاص که در شروع و حفظ NSSI نقش دارند، مورد هدف MBCT قرار می گیرد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) از طریق مکانیسم افزایش پردازش عصبی مرتبط با شناسایی حالات و احساسات بدنی می تواند بر ناگویی هیجانی تاثیر خود را بگذارد و باعث کاهش ناگویی هیجانی شود (۲۷). تمرین مهارت های ذهن آگاهی ظرفیت بیماران را برای مقابله با شرایط هیجانی منفی ارتقا می دهد و آنها را قادر می سازد تا آنها را حل کنند (۲۵). در واقع، تمرین مداوم ذهن آگاهی، آگاهی از بدن، احساسات و افکار را افزایش می دهد. در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می شود و از این طریق آگاهی از احساسات مختلف تجربه شده در بدن حاصل می شود. این تمرینات ذهن آگاهی نقطه مقابل مفهوم ناگویی هیجانی به عنوان مشکل و دشواری در شناسایی و توصیف هیجانات و ناتوانی در تمیز بین هیجان و حالات بدنی است (۲۵). به طور کلی MBCT با توانایی پردازش و مدیریت هیجان (از جمله ناگویی هیجانی) باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر خودجرحی زیاد است، از حالات و هیجانات منفی خود در بدن آگاه شده و با راهبردهای مقابله ای مناسب از تخلیه هیجانات منفی خود از طریق رفتارهای خودجرحی، جلوگیری نماید. فردی که ذهن آگاهی بالایی دارد از دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و توانمندی خود برخوردار است. به علاوه استفاده از راهبردهای توجه آگاهی به هنگام مواجهه با تکالیف و شرایط دشوار، موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجانات و موقعیت های ناخوشایند در زمان کنونی می شود (۲۱). ناگویی هیجانی نیز در اصل مربوط به ناقص بودن آگاهی از وضعیت بدنی خویش است و افراد بدون آگاهی از بدن به راحتی می توانند اقدام به خودجرحی کنند اما MBCT با افزایش آگاهی از وضعیت بدنی و درونی فرد، منجر به به درک احساسات و نشانه های بدنی، بهبود این مشکلات و سرانجام درمان ناگویی هیجانی و NSSI می گردد (۴۳). دیگر یافته های مطالعه حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب تجربه ای در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی تاثیر معنادار داشته و منجر به کاهش اجتناب تجربه ای در این افراد شده است. این یافته با نتایج پژوهش های ریس (Rees) و همکاران (۲۱)، بریتون (Britton) و همکاران (۲۴) و حسینی

هیجانی تجربه کند.

به علاوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی تاثیر معناداری داشته است. این یافته ها با پژوهش های ریس (Rees) و همکاران (۲۱)، سگال (Segal) و همکاران (۲۵) و فراستادوتیر و دورجی (Frostadottir & Dorjee) (۴۶) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که تیزدیل (Teasdale) و همکاران (۴۷) این نظریه را مطرح نمودند که ذهن آگاهی فرآیندهای مشروحو را که به نشخوارفکری دامن می زند و خلق و خوی منفی را حفظ می کند، قطع می نماید، این فرضیه ای است که از حمایت تجربی برخوردار است (۴۵). در واقع شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می دهد آموزش ذهن آگاهی با کاهش نشخوارفکری، اثرات درمانی خود را اعمال می کند (۴۷). سازندگان MBCT استدلال می کنند که آموزش ذهن آگاهی با هدایت تمرکز افراد به سطوح پایین تر مانند تمرکز عینی بر احساسات بدنی، افکار منفی تکراری (نشخوارفکری) را می شکند (۴۷). بنابراین مکانیسم MBCT شامل توانایی رها کردن و در نتیجه تضعیف تداومی های منفی است. خودآزاری با تداوم عواطف منفی و به علاوه افکار و تداومی های منفی مشخص می شود. درواقع مدل آبشار عاطفی نشان می دهد که هیجانات منفی قوی منجر به نشخوارفکری می شود و این به نوبه خود باعث افزایش شدت هیجانات منفی می شود، افراد مبتلا به خودآزاری نیز، گویی تنها با رفتارهای مبتنی بر NSSI می توانند خود را از این چرخه آبشار عاطفی جدا سازند (۱۶)، اما آموزش ذهن آگاهی می تواند به جای رفتارهای مبتنی بر NSSI، با تمرکز عینی بر احساسات بدنی، سبب قطع نشخوارفکری و به علاوه مسدود نمودن چرخه آبشار عاطفی شود و این گونه موجب کاهش رفتارهای NSSI شود. ذهن آگاهی همچنین باعث می شود که فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی به نشخوارفکری تبدیل می شوند، ثبات هیجانی اش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی نظاره کردن باعث می شود که افکار خودآیند، اشتغال فکری مفرط در فرد ایجاد نکند، در واقع فرد گرفتار چرخه افکار منفی و نشخوارفکری نگردد و به نوعی افراد جهت رهایی از این افکار آزاددهنده، اقدام به رفتار مخرب مانند خودآزاری نکنند.

نتیجه گیری

در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به خودآسیبی بدون قصد خودکشی موثر بوده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با پرداختن مستقیم به مکانیسم های شروع و حفظ کننده NSSI (مانند ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری) نوید بزرگی را به عنوان یک درمان فراطشخیصی ارائه می کند که می تواند مداخله ای موفق برای افرادی باشد که دست به رفتارهای خودآسیبی می زنند. با توجه به یافته های به دست آمده، درمانگران این حوزه در کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی می توانند، جهت کاهش ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و نشخوارفکری در افراد مبتلا به NSSI، از این مداخله استفاده کنند و پیامدهای ناشی از رفتارهای NSSI را کاهش دهند. مطالعه حاضر با محدودیت های مواجهه بوده است. از جمله با توجه به عدم دسترسی بلندمدت به شرکت کنندگان، اجرای دوره پیگیری جهت ارزیابی تداوم اثربخشی MBCT و حفظ اثرات درمانی میسر نبود. نمونه مورد مطالعه ۳۰ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک بودند که به صورت در دسترس انتخاب شده و واجد شرایط NSSI بودند؛ لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد. از دیگر محدودیت ها مطالعه حاضر، استفاده از مقیاس های خودگزارش دهی جهت سنجش مولفه های پژوهش و ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون است. به طور کلی پیشنهاد می شود که در آینده پژوهی، دوره پیگیری لحاظ گردد. به علاوه جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج، پژوهش هایی با تعداد نمونه های بیشتر، به شیوه نمونه گیری تصادفی و به علاوه بر روی جمعیت های بالینی، غیربالینی و گروه ای دیگر جامعه انجام شود. در نهایت پیشنهاد می - گردد در پژوهش های آتی، اثربخشی MBCT همراه با درمان های دیگر مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Dong Z, Zhou J, Conti A, Westwood SJ, Fu X, Liu Q, Yuan Y, Huang X, Qiu C, Zhang X, Tang W. Association between alexithymia and non-suicidal self-injury in psychiatric patients: the mediating role of self-esteem and the moderating role of emotional intelligence. *Journal of psychiatric research*. 2023 Jun 1; 162:57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.04.006>
- Calvete E, Royuela-Colomer E, Maruottolo C. Emotion dysregulation and mindfulness in non-suicidal self-injury. *Psychiatry research*. 2022 Aug 1; 314:114691. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114691>
- Greitemeyer T, Sagioglou C. Does low (vs. high) subjective socioeconomic status increase both prosociality and aggression? *Social Psychology*. 2018 Mar 15. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000331>
- Timberlake LM, Beeber LS, Hubbard G. Nonsuicidal self-injury: management on the inpatient psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2020 Jan; 26(1):10-26. <https://doi.org/10.1177/1078390319878878>
- Mannekote Thippaiah S, Shankarapura Nanjappa M, Gude JG, Voyiaziakis E, Patwa S, Birur B, Pandurangi A. Non-suicidal self-injury in developing countries: a review. *International journal of social psychiatry*. 2021 Aug; 67(5):472-82. <https://doi.org/10.1177/0020764020943627>
- McKenzie KC, Gross JJ. Nonsuicidal self-injury: An emotion regulation perspective. *Psychopathology*. 2014 Feb 12; 47(4):207-19. <https://doi.org/10.1159/000358097>
- Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1970 Feb 12; 18(1-6):154-60. <https://doi.org/10.1159/000286074>
- Raffagnato A, Angelico C, Valentini P, Miscioscia M, Gatta M. Using the body when there are no words for feelings: alexithymia and somatization in self-harming adolescents. *Frontiers in psychiatry*. 2020 Apr 8; 11:516999. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00262>
- Langer ÁI, Schmidt C, Martínez V, Mac-Ginty S, Fuentes R, Núñez D. Suicidal ideation, non-suicidal self-injury and psychopathology in university students: Examining the moderating role of experiential avoidance. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2024 Apr 1; 16:100734. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100734>
- Cheng Q, Shi C, Yan C, Ren Z, Chan SH, Xiong S, Zhang T, Zheng H. Sequential multiple mediation of cognitive fusion and experiential avoidance in the relationship between rumination and social anxiety among Chinese adolescents. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2022 May 4; 35(3):354-64. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1955864>
- Haywood SB, Hasking P, Boyes ME. Associations between non-suicidal self-injury and experiential avoidance: A systematic review and Robust Bayesian Meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2023 Mar 15; 325:470-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.027>
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Dec; 64(6):1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hasking P, Whitlock J, Voon D, Rose A. A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*. 2017 Nov 17; 31(8):1543-56. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>
- Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*. 2006 Mar 1; 44(3):371-94. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Lin L, Liu Y, Qiu S, Yang Y, Yang Y, Tian M, Wang S, Zhang J, Bai X, Xu Z. Orbital frontal cortex functional connectivity during gain anticipation linking the rumination and non-suicidal self-injury in late adolescence. *Journal of affective disorders*. 2024 Apr 1; 350:673-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.117>
- Selby EA, Aneštis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*. 2008 May 1; 46(5):593-611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Buelens T, Luyckx K, Gandhi A, Kiekens G, Claes L. Non-suicidal self-injury in adolescence: Longitudinal associations with psychological distress and rumination. *Journal of abnormal child psychology*. 2019 Sep 15; 47:1569-81. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00531-8>
- Gong T, Ren Y, Wu J, Jiang Y, Hu W, You J. The associations among self-criticism, hopelessness, rumination, and NSSI in adolescents: A moderated mediation model. *Journal of adolescence*. 2019 Apr 1; 72:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.007>
- O'Connor RC, Noyce R. Personality and

- cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*. 2008 Mar 1; 46(3):392-401. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.007>
20. Martin G, Swannell S, Harrison J, Hazell P, Taylor A. The Australian national epidemiological study of self-injury (ANESSI) Brisbane, Australia: Center for Suicide Prevention Studies; 2010.
 21. Rees CS, Hasking P, Breen LJ, Lipp OV, Mamotte C. Group mindfulness based cognitive therapy vs group support for self-injury among young people: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC psychiatry*. 2015 Dec; 15:1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0527-5>
 22. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015 Jan 2; 44(1):1-29. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.945211>
 23. Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Tull MT. Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2014 Jan; 5(1):97. <https://doi.org/10.1037/per0000062>
 24. Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2012 Jun 1; 43(2):365-80. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.006>
 25. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford publications; 2018 Jun 4.
 26. Jon KZ. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta. 2009.
 27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
 28. Kok R, Kirsten DK, Botha KF. Exploring mindfulness in self-injuring adolescents in a psychiatric setting. *Journal of Psychology in Africa*. 2011 Jan 1; 21(2):185-95. <https://doi.org/10.1080/14330237.2011.10820447>
 29. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2009 Sep; 31:215-9. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
 30. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007 Mar 1; 27(2):226-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
 31. Peymannia B, Hamid N, Mhmudalilu M. The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of Students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Psychological Achievements*. 2018 Jun 22; 25(1):23-44.
 32. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994 Jan 1; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
 33. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
 34. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20. <https://doi.org/10.2466/PR0.101.5.209-220> <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
 35. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011 Dec 1; 42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
 36. Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. Guilford Press; 2004 Aug 31.
 37. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychological Methods and Models*. 2012 Dec 21; 3(10/Winter 2013):65-80.
 38. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective

- study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*. 1991; 61(1):115. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
39. Bagherinezhad M, Salehi FJ, Tabatabaee S. Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Studies in education & psychology*. 2010; 11(1):38-21.
40. Farrokhi H, Seyedzadeh A, Mostafa Pour V. Investigating Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Version of the Positive and Negative Belief Rumination Scale and Rumination Response Scale. *Journal of New Advances in Psychology*. 2017; 14(2):21-37.
41. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications; 2018 Jun 4.
42. Saedi S, Hatami M, Asgari P, Ahadi H, Poursharifi H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain self-efficacy of patients with chronic pain. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016 Jan 1; 5(11):277-84.
43. Aaron RV, Blain SD, Snodgrass MA, Park S. Quadratic relationship between alexithymia and interoceptive accuracy, and results from a pilot mindfulness intervention. *Frontiers in psychiatry*. 2020 Mar 10; 11:494883. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00132>
44. Hosseini SF, Tanha Z, Abbasnia S, Azizpour R. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Alexithymia in Patients with Gastrointestinal Diseases: An Experimental Study. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802). 2023 Jul 1; 10(3).
45. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*. 2006 Mar; 62(3):373-86. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
46. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*. 2019 May 17; 10:422491. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
47. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and therapy*. 1995 Jan 1; 33(1):25-39. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)E0011-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)E0011-7)