

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی در دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

خلاصه

مقدمه: مقایسه رویکردهای درمانی در روان شناسی جهت اثربخشی بیشتر در زمانی کمتر یکی از موضوعات مورد علاقه محققان می باشد، بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی در دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل شامل پیگیری یکماهه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه شهر شیروان و حومه که در سال ۱۴۰۰ سابقه اقدام به خودکشی داشته اند تشکیل می داد. با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی، به سه گروه (دو گروه آزمایش طرحواره درمانی و ذهن آگاهی و گروه کنترل) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو بود. داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS.21 و شاخص های آمار توصیفی و تحلیل واریانس اندازه های مکرر چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج حاکی از اثربخشی دو مداخله بر ناگویی هیجانی بود اما با توجه به مقادیر اختلاف میانگین نمرات در مراحل مختلف اندازه گیری در گروه ها، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به طرحواره درمانی، اثربخشی بیشتری در بهبود ناگویی هیجانی دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی داشت ($P \leq 0.001$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته ها استفاده ترکیبی از هر دو شیوه درمانی و به ویژه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی جهت ارتقای سلامت روان و کاهش ناگویی هیجانی در دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی توصیه می گردد.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، ناگویی هیجانی، خودکشی

جواد تقوی خیابانی^۱

فاطمه شهامت ده سرخ*^۲

عطا طهرانچی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، واحد بجنورد،

دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ی علوم انسانی، دانشگاه

خیام، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه بین المللی اما رضا (ع)،

مشهد، ایران

Email: f.shahamat@khayyam.ac.ir

مقدمه

خودکشی^۱ به عنوان یک مشکل سلامت عمومی اساسی در سراسر جهان شناخته شده و به صورت یک دغدغه و مشکل برای روانپزشکان، روانشناسان و دیگر متخصصانی که به نحوی با مسائل سلامت روانشناختی و بهزیستی جوانان درگیر هستند مطرح می باشد (۱). این پدیده همچنین به عنوان سومین علت مرگ و میر در جوانان و نوجوانان به حساب می آید (۲). تقریباً ۹۰ درصد موارد خودکشی معیارهای یک اختلال روانپزشکی، به ویژه افسردگی اساسی، اختلالات مصرف مواد، اختلالات شخصیت خوشه B و اسکیزوفرنی را دارند (۳).

به عنوان یک مولفه حائز اهمیت در خودکشی می توان به ناگوایی هیجانی^۲ اشاره کرد. ناگوایی هیجانی به دشواری در خود نظم دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها گفته می شود (۴). در واقع، آلکسی تایمیا، یک ویژگی شخصیتی است که با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات مشخص شده و با حالات منفی مانند افسردگی و اضطراب همراه است (۵). افراد مبتلا به ناگوایی خلقی از ظرفیت کمتری جهت سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور برخوردارند (۶). از نظر تئوری، استدلال شده که فرآیندهای پاسخ عاطفی جزء ضروری شناخت بوده و شواهدی مبنی بر تعصب در مقابل به خاطر سپردن وقایع مثبت کمتر و همچنین برای آنهایی که دارای صفات ناگواری هستند بیشتر وجود دارد (۷). این سازه هم از لحاظ نظری و هم از نظر تجربی با کیفیت زندگی ضعیف تر در طیف وسیعی از گروه ها مرتبط است (۸-۹).

یکی از اشکالات اساسی برای کاهش اقدام به خودکشی و خودکشی، فقدان شواهد واضح در مورد برنامه های مداخله ای است که برای جمعیت در معرض خطر (مثلاً بیمار با سابقه اقدام به خودکشی) انجام می شود. علاوه بر این، دانش در مورد مداخلات احتمالی موجود به دلیل کمبود کارآزمایی های بالینی

تصادفی سازی شده^۳ محدود شده است. علاوه بر این، برخی از مداخلات موثر نشان داده شده، اما ثابت شده که ادغام و انتشار این برنامه ها در عمل بالینی رایج، کار دشواری است (۱۰). به عنوان مثال، نقش روان درمانی در پیشگیری از خودکشی شناخته شده اما ناکافی است.

در همین راستا، شواهد فعلی از کارآمدی درمان شناختی رفتاری^۴ نیز پشتیبانی می کند (۱۱، ۱۲، ۱۳). با بررسی پیشینه های درمانی در خصوص وضعیت افراد با سابقه خودکشی، شواهد نشان از اجرای رویکردهای مختلفی داشت. راهبرد ها و مداخلاتی را می توان اعمال کرد تا موجبات افزایش ابراز هیجانان به صورت منطقی فراهم شود، از جمله آنها می توان به رویکرد طرحواره درمانی^۵ اشاره کرد. طرحواره درمانی، رویکردی یکپارچه نگر است (۱۴) که از ترکیب نظریه ها و تکنیک هایی نظیر درمان شناختی رفتاری، روان تحلیلی روابط شیء، نظریه دل بستگی و گشتالت درمانی حاصل شده است (۱۵). بک و همکاران (۱۶) معتقدند که در حیطه آسیب شناسی روانی، واژه طرحواره در مورد ساختارهایی با محتوای شخصی شده با خصایص فردی به کار می رود که در اثر اختلالاتی از جمله افسردگی، اضطراب، حملات هراس و وسواس ها فعال می شوند (۱۷).

مفهوم طرحواره ریشه در روانشناسی شناختی، تحول شناخت، روانشناسی خود، و نظریه دل بستگی دارد. به طور کلی، طرحواره ها به عنوان باورهای بنیادین ناکارآمد، تم های بادوام و ثابتی هستند که برای هر فرد اختصاصی بوده که در طول دوران کودکی شکل گرفته اند و در واقع، حاصل تلاش فرد به منظور انطباق با رویدادهای زندگی و موقعیت های محیطی هستند (۱۸). نحوه تأثیر طرحواره ها بر رفتار فرد توسط پردازش های فکری و تصورات فرد تعیین می شود؛ رفتارهای یاد گرفته شده در نتیجه

3 Randomized Controlled Trials

4 Cognitive Behavioral Therapy

5 Schema therapy

1 Suicide

2 alexithymia

طبق بررسی محققان (۴۴) زمان چندانی از آغاز به کار گیری این روش در ایران نمی گذرد و در سال ۱۳۸۴ اولین پژوهش در زمینه اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در ایران انجام شده است. گروهی از پژوهشگران (۴۵) در مطالعه خود نشان دادند که می توان از طرحواره درمانی همراه با ذهن آگاهی بر نشانگان بالینی و پاسخ های هیجانی بهره گرفت. با این حال، شواهدی که از درمان های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی حمایت می کنند و نحوه بکارگیری آن ها هنوز کمیاب میباشد. لذا تحقیقات بیشتر برای حفظ نتایج موجود و طراحی برنامه های درمانی لازم است که به یک رویکرد درمانی بهتر برای بیماران خودکشی در موارد مختلف کمک می کند. بر اساس موارد فوق و اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی در دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی انجام شد و به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی در دانش آموزان با سابقه خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. یک گروه آزمایش در معرض طرحواره درمانی و گروه دیگر در معرض درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ گونه درمان روانشناختی را دریافت نکرد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه شهر شیروان و حومه که در سال ۱۴۰۰ سابقه اقدام به خودکشی داشته اند تشکیل می دهند. در این پژوهش از نمونه گیری در دسترس استفاده شد که با توجه به معیارهای ورود و خروج تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند و اثر بخشی دو درمان مذکور بر روی دو گروه آزمایش صورت پذیرفت. ملاک های ورود به پژوهش شامل: سابقه اقدام به خودکشی در سال ۱۴۰۰، تحت درمان دارویی یکسان توسط مرکز بهداشت، عدم استفاده از مواد مخدر، پرکردن فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات و

فعال شدن طرحواره ها به وجود می آید؛ بنابراین تداعی های مثبت و منفی بی شماری را در طول زمان ایجاد می کنند که منجر به مقاومت شدید آنها در مقابل تغییر می گردند (۱۹).

مطالعات مختلف اثربخشی طرحواره درمانی در استرس انتظار تحصیلی (۲۰)، اختلالات شخصیت (۲۱)، سرمایه روان شناختی (۲۲)، کاهش طرحواره های هیجانی ناسازگار دانش آموزان با گرایش به خودکشی (۲۳)، کاهش علائم افسردگی (۲۴)، سلامت عمومی (۲۵)، پیشگیری از عود مصرف مواد محرک (۲۶) و دشواری در تنظیم هیجان (۲۷) تایید کرده است. همچنین یکی از رویکردهای دیگری که در خصوص افراد با اقدام به خودکشی مورداستفاده قرار می گیرد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ۱ است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی سه هدف اساسی دنبال می شود (الف) تنظیم توجه؛ (ب) توسعه آگاهی فراشناختی؛ و (ج) تمرکز زدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت ها و محتویات ذهنی (۲۸-۲۹). به طور کلی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ هایی که آنها معمولاً بر می انگیزانند جدا کرده و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد (۳۰).

ذهن آگاهی، یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه های خود است. ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان شناختی و سلامت روانی رابطه ی مثبت دارد (۳۱-۳۲). مطالعات متعددی حاکی از اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر خودانگاری و شرم (۳۳)، اختلال وسواس فکری- اجباری (۳۴)، اضطراب و افسردگی (۳۵)، شفقت خود، تحریف شناختی (۳۶)، عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی (۳۷)، کیفیت خواب (۳۸)، استرس ادراک شده، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجانی (۳۹)، بهبود بازده های شناختی دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی (۴۰)، کاهش افکار خودکشی دانش آموزان با اختلال افسردگی (۴۱)، افسردگی (۴۲-۴۳) بوده است.

«کاملاً مخالفم» تا ۵ برای «کاملاً موافق» (می باشد. در این مقیاس با جمع نمرات ۲۰ سوال، یک نمره کلی برای مقیاس ناگویی عاطفی بدست می آید. سوالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نیز به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می باشد (۴۷). در یک مطالعه داخلی (۴۸) محقق در پژوهش خود بر روی نمونه ای ۸۰ نفری (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) از دانشجویان، پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۵، دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۳ و تفکر برون مدار ۰/۵۳ گزارش کرد.

پروتکل طرحواره درمانی: پروتکل طرحواره درمانی

توسط یانگ (۱۹۹۹): در ۸ مرحله طراحی شده است (۴۹) که ذیلاً در جدول ۱ تشریح شده است.

دامنه ای سنی شرکت کنندگان که از ۱۲ تا ۱۹ سال بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، وجود مشکلات شناختی، وجود مشکلات سایکوتیک، وجود مشکلات قلبی عروقی، فشار خون و دیابت، وجود مشکلات تیروئیدی و شرکت همزمان در سایر مداخلات روانشناختی و پزشکی بود.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20). فرم

اولیه مقیاس ناگویی هیجانی ۲۶ سوألی بود که در سال ۱۹۸۵ توسط تیلور، راین و باگی (۱۹۸۵) ساخته شد (۴۶) و در سال ۱۹۹۴ توسط باگی، تیلور و پارکر تجدید نظر و به فرم ۲۰ سوألی تبدیل گردید (۴۷). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی (برون مدار) بوده و نحوه نمره گذاری بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت (از نمره ۱ برای

جدول ۱. پروتکل طرحواره درمانی یانگ (۱۹۹۹)

جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات
اول	آشنایی اعضای یک گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات	ایجاد روحیه خودشناسی و خود باوری با توجه به استعدادها و توانایی های فردی و درگیری عاطفی بین آزمونگر و سایر اعضا
دوم	شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات	۱- توانایی آزمودنی ها در شناسایی حالات خلقی ۲- توانایی آزمودنی ها در شناسایی حالات فیزیولوژیک بدن ۳- توانایی آزمودنی ها در شناسایی هیجانات
سوم	درک مسائل خود و پنج جنبه اصلی زندگی	۱- هدایت آزمودنی ها در درک مسائل خود و زندگی زناشویی ۲- تشخیص ارتباط فکر با رفتار، ارتباط فکر با واکنش های جسمانی، ارتباط فکر با محیط و ارتباط فکر با حالات خلقی
چهارم	تمرکز به زمان حال و رفتار خود با تاکید بر روش های مراقبه و حساسیت زدایی منظم	۱- توجه و تاکید بر زمان حال و رفتار کنونی خویش. ۲- استفاده از تکنیک موثر در کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از چالش های زناشویی.
پنجم	شناخت اهداف و ارزش ها و باورهای شخصی و بازسازی طرحواره های ذهنی	شناخت اهداف کوتاه مدت و دراز مدت و بررسی نظام ارزشی خود (رشد و شناخت بهتر خود، شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویشتن و بی پرده گویی، تمرین گوش دادن فعال، پی بردن به اثر افکار خود روی سایر اعضای خانواده، دیدن خود از دریچه چشم اعضا خانواده، کمک به کاهش اضطراب درخانه)
ششم	آموزش تکنیک کاهش و حذف طرحواره های ناسازگار	۱- متعهد شدن هریک از اعضا به انجام مراحل عملی به شیوه ای مسوولانه در جهت افزایش شادی و نشاط ۲- تشخیص نشانگان ناامیدی و کسب مهارت در رویارویی با موقعیت های یاس آور
هفتم	کسب هویت موفق و بالابردن مسولیت پذیری از طریق آموزش های جلسات قبل	شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی و تلاش برای دستیابی به هویت موفق و مسولیت پذیری در قبال رفتار و باور های خود
هشتم	جمع بندی جلسات	جمع بندی جلسات

پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی: این پروتکل و محتوای جلسات الگوی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) طراحی و تدوین شده (۵۰) که در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. پروتکل ذهن آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۲)

جلسات/موضوع	برنامه
جلسه اول/هدایت خودکار	خوردن کشمش ذهن آگاه (مراقبه ای است که در آن شرکت کنندگان چند دقیقه را صرف بررسی ویژگی های حسی-بینایی، بویایی، مزه و لمس یک دانه کشمش می کنند). تکلیف خانگی: انجام واریسی بدنی در طی ۶ روز، واریسی بدنی، تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاه یک فعالیت عادی روزمره در هر روز (شستن، غذا خوردن، مسواک زدن و...)
جلسه دوم/مقابله با موانع	تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند
جلسه سوم/حضور ذهن یا تکنیک تنفس	مراقبه ی نشسته؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در هر روز راه رفتن ذهن آگاه؛ تکلیف خانگی: راه رفتن ذهن آگاه. فضای تنفس ۳ دقیقه ای؛ تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند
جلسه چهارم/ماندن در زمان حال	مراقبه دیدن/مراقبه شنیدن؛ تکلیف خانگی: مراقبه نشسته مراقبه ی نشسته؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می شوند
جلسه پنجم/اجازه و مجوز	مراقبه نشسته؛ تکلیف خانگی: مراقبه نشستن هدایت شده
جلسه ششم/افکار حقایق نیستند	مراقبه نشسته تجسم؛ تکلیف خانگی: مراقبه هدایت شده ی کوتاه تر حداقل به مدت ۴۰ دقیقه سناریو های مبهم؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می شوند
جلسه هفتم/مراقبت از خود	اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می شوند. بحث در مورد نشانه های بیماری؛ تکلیف خانگی
جلسه هشتم/استفاده از آموخته ها	واریسی بدنی، تکلیف خانگی، انعکاس، پسخوراند

نتایج

جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی

متغیر	گروه
ذهن آگاهی (۱۵ نفر)	طرحواره درمانی (۱۵ نفر)
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
دختر	دختر
۸ (۵۳/۳)	۹ (۶۰)
پسر	پسر
۷ (۴۶/۷)	۵ (۳۳/۳)
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
۱۵/۵۳ (۱/۶۴)	۱۵/۸۰ (۱/۶۱)
سن	سن
۱۶/۱۳ (۱/۵۰)	۱۶/۱۳ (۱/۵۰)

استفاده شد. در این تحلیل، زمان (نمرات مولفه های ناگویی هیجانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی) به عنوان عامل بین آزمودنی وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جداول ۴ تا ۷ ارائه شده است. اما پیش از گزارش این تحلیل به بررسی مفروضه کرویت پرداخته شد. نتایج جدول ۵ نشان می دهد پیش فرض کرویت برای مولفه دشواری در توصیف احساسات برقرار است ($p > 0/05$). اما در مورد دو مولفه دیگر یعنی دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی این پیش فرض رعایت نشده است ($p < 0/05$).

پیش از ارائه نتایج مربوط به فرضیه پژوهش که با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه گیری مکرر آزمون شد؛ پیش فرض های این آزمون یعنی نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس ها و مفروضه کرویت بررسی شد؛ مقادیر شاپیرو ویلک و سطوح معناداری نشان داد توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه ها نرمال است ($p > 0/001$). فرضیه پژوهش بیان می کرد بین درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی در اثرگذاری بر ناگویی هیجانی دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه گیری مکرر

جدول ۴. نتایج آزمون کرویت ماچلی برای مقایسه ناگویی هیجانی در گروه های درمانی

متغیر	آماره ماچلی	مقدار خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
دشواری در تشخیص احساسات	۰/۶۳	۱۲/۲۹	۲	۰/۰۰۲
دشواری در توصیف احساسات	۰/۹۰	۲/۵۹	۲	۰/۲۷
تفکر عینی	۰/۴۷	۲۰/۳۶	۲	۰/۰۰۱

معناست که اثر این عوامل بر ترکیب متغیرهای وابسته یعنی مولفه های سه گانه ناگویی هیجانی معنادار بوده است.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه گیری مکرر در ادامه ارائه شده است. معنادار بودن مقدار شاخص پیلایی در جدول ۵ برای اثر زمان، گروه و تعامل زمان * گروه ($p < 0/001$)، به این

جدول ۵. آماره های آزمون های چندمتغیری برای مقایسه ناگویی هیجانی در گروه های درمانی

اثر	ارزش شاخص پیلایی	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۰/۹۹	۴۱۲/۳۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹
گروه	۰/۸۶	۵۶/۵۷	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶
زمان*گروه	۰/۸۴	۲۱/۲۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴

یکدیگر تفاوت معناداری دارد. اثر گروه نیز بر هر سه مولفه ناگویی هیجانی معنادار است. همچنین اثر تعاملی زمان * گروه برای تمامی مولفه های ناگویی هیجانی معنادار است.

نتایج جدول ۵ نشان می دهد اثر زمان بر هر سه مولفه دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات ($p < 0/001$) و تفکر عینی ($p < 0/01$) معنادار است. یعنی نمرات این متغیرها در زمانهای مختلف اندازه گیری با

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه ناگویی هیجانی در گروه های درمان

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fآماره	سطح معناداری	اندازه اثر
دشواری در	زمان	۴۱۲۴/۴۶	۱/۴۶	۲۸۱۶/۶۱	۲۱۵۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸
تشخیص	گروه	۳۳۶/۴۰	۱	۳۳۶/۴۰	۱۵۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵
احساسات	زمان*گروه	۱۶۲/۶۰	۱/۴۶	۱۱۱/۰۴	۸۴/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵
دشواری در	زمان	۷۵۷/۷۵	۲	۳۷۸/۸۷	۵۵۱/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
توصیف	گروه	۲۸/۹۰	۱	۲۸/۹۰	۱۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱
احساسات	زمان*گروه	۹/۸۰	۲	۴/۹۰	۷/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۲۰
تفکر عینی	زمان	۱۱/۳۵	۱/۳۰	۸/۶۸	۸/۱۲	۰/۰۰۴	۰/۲۲
	گروه	۱۷/۷۷	۱	۱۷/۷۷	۵/۸۲	۰/۰۲	۰/۱۷
	زمان*گروه	۲۲/۸۲	۱/۳۰	۱۷/۴۵	۱۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶

پس آزمون تا پیگیری روند کاهش نمرات فقط برای دو مولفه دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات معنادار بوده است. بطور کلی نتایج در مورد فرضیه پژوهش حاکی از اثربخشی دو مداخله بر ناگویی هیجانی بوده اما با توجه به مقادیر اختلاف میانگین نمرات در مراحل مختلف اندازه گیری در گروه ها، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به طرحواره درمانی، اثربخشی بیشتری در بهبود ناگویی هیجانی دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی داشته است.

مقایسه میانگین ها بر حسب مراحل اندازه گیری و گروه در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج جدول مذکور نشان می دهد در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از پیش آزمون تا پس آزمون و از پیش آزمون تا پیگیری، روند کاهش نمرات هر سه مولفه ناگویی هیجانی معنادار است. اما در این گروه از پس آزمون تا پیگیری، فقط روند کاهش نمرات مولفه دشواری در تشخیص احساسات معنادار بوده است. اما در گروه طرحواره درمانی از پیش آزمون تا پس آزمون، پیش آزمون تا پیگیری و

جدول ۷. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه ناگویی هیجانی در گروه های درمان

متغیر	گروه	پیش آزمون-پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	پس آزمون-پیگیری
		اختلاف سطح میانگین	اختلاف سطح معناداری میانگین	اختلاف سطح معناداری میانگین
دشواری در تشخیص	ذهن آگاهی	۱۱/۱۳	۱۱/۸۶	۰/۷۳
احساسات	طرحواره درمانی	۱۶/۹۳	۱۷/۴۶	۰/۵۳
دشواری در توصیف	ذهن آگاهی	۵/۱۳	۵/۷۳	۰/۶۰
احساسات	طرحواره درمانی	۶/۵۳	۷/۱۳	۰/۶۰
تفکر عینی	ذهن آگاهی	۱/۶۶	۱/۹۳	۰/۲۶
طرحواره درمانی		-۰/۴۰	-۰/۲۶	۰/۱۳

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی در دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی انجام شد. نتایج حاکی از اثربخشی دو مداخله بر ناگویی هیجانی بوده اما با توجه به مقادیر اختلاف میانگین نمرات در مراحل مختلف اندازه گیری در گروه ها، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به طرحواره درمانی، اثربخشی بیشتری در بهبود ناگویی هیجانی دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی داشت. یافته حاضر با نتایج پژوهش افتخار افضلی و ایزدی (۳۶) همسو بوده است. اما ناهمسو با یافته حاضر، نتایج مطالعه سیدآسیابان، منشی و عسگری (۲۶) نشان داد هر چند طرح واره درمانی و ذهن آگاهی در پیشگیری از عود مصرف مواد محرک موثرند؛ اما طرح واره درمانی تأثیر بیشتری نسبت به ذهن آگاهی داشت. همچنین نتیجه مطالعه کیانی پور و همکاران (۲۷) نشان داد که طرحواره درمانی نسبت به ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان دارد. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی (۲۵) و سرمایه روان شناختی (۲۱) نیز تفاوت معناداری را بین دو شیوه درمانی نشان نداده و هر دو روش به یک میزان تأثیر گذار بودند. به علاوه، در مطالعات متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت خود، تحریف شناختی (۳۶)، افسردگی (۴۱)، عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی (۳۷)، کیفیت خواب (۳۸)، استرس ادراک شده، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجانی (۳۹) نیز تایید شده است.

رفتارعلی آبادی و همکاران (۴۵) در مطالعه خود نشان دادند که می توان از طرحواره درمانی همراه با ذهن آگاهی بر نشانگان بالینی و پاسخ های هیجانی بهره گرفت. ناگویی هیجانی، سازه ای متشکل از دشواری در شناسایی احساسها، توصیف آنها و جهت گیری فکری بیرونی است که این نارسایی مانع تنظیم هیجانها می شود و سازگاری موفقیت آمیز را مشکل میسازد. طبق مبانی نظری، ذهن آگاهی رابطه ای منفی با ناگویی خلقی دارد و میتواند باعث کاهش آن شود. عقیده بر این است که ناگویی

هیجانی عاملی خطر ساز برای بسیاری از اختلال های روانپزشکی است (۵۱). شواهدی مبنی بر تعصب در مقابل به خاطر سپردن وقایع مثبت کمتر و همچنین برای آنهایی که دارای صفات ناگواری هستند بیشتر وجود دارد (۷). بر این اساس، افراد دارای ناگویی هیجانی در بازشناسی و توصیف علایم هیجانهای شخصی مشکل جدی دارند و این امر آشکار سازی بازخوردها، احساسات، تمایلات و سابق ها را محدود می سازد. به علاوه، افراد مبتلا به ناگویی خلقی از ظرفیت کمتری جهت سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور برخوردارند. هر چند طرح- واره درمانی و ذهن آگاهی به دلیل مؤلفه های مشترک درمان در کاهش ناگویی هیجانی موثر می باشند اما ذهن آگاهی به طور مؤثری می تواند بر کاهش معنادار ناگویی خلقی تأثیر مثبت داشته باشد و حتی از طریق کاهش میزان ناگویی خلقی، موجب کاهش بیماری های روان تنی میگردد. افراد دارای ناگویی خلقی احتمال بالاتری مستعد خودکشی هستند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش ناگویی خلقی، مانع خودکشی میگردد (۵۲). در واقع، نحوه تأثیر طرحواره ها بر رفتار فرد توسط پردازش های فکری و تصورات فرد تعیین می شود؛ رفتارهای یاد گرفته شده در نتیجه ی فعال شدن طرحواره ها به وجود می آید، بنابراین تداعی های مثبت و منفی بی شماری را در طول زمان ایجاد می کنند، که منجر به مقاومت شدید آنها در مقابل تغییر می گردند (۱۹) که در طرحواره درمانی این مقاومت ها کم می شود؛ در حالی که در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ هایی که آنها معمولاً بر می انگیزانند جدا کند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهند (۴۹).

لذا، به نظر می رسد که ذهن آگاهی، درمانی عالی و پتانسیلی در سطوح متفاوت را ایجاد میکند که برخی از جنبه های ذهن آگاهی برای ترقی دادن خود تفکیکی بهتر و پیشگیری از ناگویی خلقی مؤثر واقع می شود (۵۳). در درمان ذهن آگاهی، توجه عنصری مهم است که میتواند در بهبود

پروتکل درمانی آن نسبت به طرحواره درمانی، آنچه باعث مفید بودن ذهن آگاهی نسبت به طرحواره درمانی این است که با به کارگیری تکنیک های ذهن آگاهی، باعث می شود تا افراد بتوانند اختیار را تا حدودی به دست بگیرد، شاید از این رهگذر افراد بتوانند به پذیرش، شکیبایی، مدارا، لذت بردن و واقع بینی برسند. در واقع، در طرحواره درمانی، بیشتر بر روی ذهنیت افراد کار می شود اما در جلسات ذهن آگاهی علاوه بر تغییر ذهنیت، درمانگر به دنبال آرام کردن بیمار به لحاظ جسمی از طریق تکنیک های مراقبه ای نیز می باشد.

لازم به ذکر است که این پژوهش بر روی دانش آموزان با سابقه خودکشی اجرا شده و تعمیم پذیری این یافته ها بر گروه های دارای سایر اختلالات روانی، نیازمند انجام پژوهشهای بیشتری است. در پایان، با توجه به اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی به عنوان دو روش درمانی موثر توصیه می شود مشاوران، درمانگران و روانشناسان بالینی از روشهای مذکور برای کاهش افسردگی و ناگویی هیجانی و افزایش تحمل پریشانی دانش آموزان با سابقه اقدام به خودکشی استفاده کنند. به عبارتی، با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می شود که از این درمان در جلسات مشاوره ای، درمانی و آموزشی بیشتر استفاده شود و در ارتقای همسو با سیاستهای وزارت بهداشت کشور و نیازهای ملی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از اساتید راهنما، مشاور و تمامی افرادی که در پژوهش حاضر مشارکت نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

ناگویی خلقی مؤثر واقع شود. در این شیوه درمانی افراد ترغیب میشوند تا به آنچه در لحظه تجربه میکنند، به تجربیات درونی خود در هر لحظه، حس های بدنی، افکار و احساسات و همچنین به جنبه های محیطی نظیر مناظر و صداها خوب توجه کرده و بدون قضاوت بپذیرند؛ که همین مسئله در بهبود ناگویی خلق مؤثر است. افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردارند از دانش و بینش مناسبی در مورد فرآیندهای شناختی و توانمندیهای خود برخوردارند. به همین خاطر راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف، موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجانات و موقعیت در زمان کنونی می شود (۵۴) و قطعاً همین مسئله در کاهش ناگویی خلقی مؤثر است. لذا، از آنجایی که ناگویی خلقی در اصل مربوط به ناقص بودن آگاهی از وضعیت بدنی خویش است و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی از وضعیت بدنی و درونی فرد، کمک به درک احساسات و نشانه های بدنی و بهبود این مشکلات میکند، موجب درمان ناگویی خلقی میگردد (۵۵).

در واقع، به طور کلی، ذهن آگاهی به فردی که دارای ناگویی هیجانی هست کمک می کند تا علاوه بر تغییر طرحواره های ذهنی، با انجام تمرینات جسمی و تکنیک های مختلف نیز، حالات ذهنی خود را تغییر داده و در واقع، به ویژگی های بدنی توجه دارد. لذا، عملیاتی تر بودن این رویکرد درمانی، می تواند تاثیرگذاری بیشتر در تغییر و تعدیل ناگویی هیجانی نسبت به طرحواره درمانی داشته باشد. به عبارتی، در تمرین های ذهن آگاهی، بیمار به این نتیجه می رسد که وجود فکر و احساس و هیجان و عادت و واکنش های غیر ارادی را در بدن را نمی توان انکار کرد. یک فرد ذهن آگاه هم آنها را انکار نمی کند. بلکه برعکس با دلی باز و قلبی مطمئن به همه افکار و احساسات و هیجانات و عادت ها و واکنش ها اجازه خودنمایی و عرض اندام می دهد. در مجموع، طبق پیشینه ذهن آگاهی و بررسی

References

1. Lima A, Fleck M. Subsyndromal depression: An impact on quality of life?. *Affective disorders* 2007 June;100(1-3):163-169.
2. Hopko D, Lejuez C, Ruggiero K, Eifert G. Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review* 2003 October;23(5):699-717.

3. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004 November; 37(4).
4. Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with Feelings: Characterization of Trait Alexithymia on Emotion Regulation Strategies and Cognitive-Emotional Processing. *plos one* 2009 June 3; 4(6):51-57.
5. Lyvers M, Ryan N, Thorberg F. Alexithymia, negative moods, and fears of positive emotions. *Curr Psychol* 2022 January; 130(1):83-92.
6. Karukivi M, Hautala L, Kaleva O, Haapasalo-Pesu K, Liuksila P, Joukamaa M, et al. Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affective Disorders* 2010 September; 125(1-3):383-387
7. Barchetta S, Martino G, Craparo G, Salehinejad MA, Nitsche MA, Vicario CM. Alexithymia Is Linked with a Negative Bias for Past and Current Events in Healthy Humans. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 22; 18(13):66-96
8. Williams Z, Gotham K. Improving the measurement of alexithymia in autistic adults: a psychometric investigation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and generation of a general alexithymia factor score using item response theory. *Molecular Autism* 2021 August; 12(56).
9. Rahimzadeh Bangi Kond A, Kord B, Aprooz K. The relationship between defensive styles and emotional ataxia with having suicidal thoughts. *Quarterly Journal of Analytical-Cognitive Psychology* 2020 June; 11(40):13-24 [Persian]
10. Comtois K, Linehan M. Psychosocial treatments of suicidal behaviors: a practice-friendly review. *J of Clin Psychol* 2006 Feb; 62(2):161-70.
11. McMMain S, Newman MG, Segal ZV, DeRubeis RJ. Cognitive behavioral therapy: current status and future research directions. *Psychother Res*. 2015 February; 25(3):321-329
12. Raj S, Akshay Sachdeva S, Jha R, Sharad Sh, Singh T, Kumar Arya Y, et al. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry* 2019 January; 39(1):58-62.
13. Weinstein SM, Cruz RA, Isaia AR, Peters AT, West AE. Child- and Family-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Applications for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2018 Dec; 48(6):797-811
14. LEAHY RL. EMOTIONAL SCHEMA THERAPY. *Counseling Psychology and Psychotherapy* 2021 November; 29(3):45-57.
15. Young, J.E., Klosko, J., Weishaar, M.E. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford ۲۰۰۳. Chapter 10.
16. Beck A. T., Steer R. A., Ball, R., Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment* 1996 ; June 67(3):588-597.
17. Barlow, D. H. *Clinical hand book of Psychological disorder* (3 rd.ed) New York: Guilford press 2012.
18. M. Bolton J, Pagura J, W. Enns M, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2010 October; 44(13):817-826.
19. Freeman A., Fusco G.M. *Borderline Personality Disorder: A Therapist's Guide to Taking Control*. Norton; New York, NY, USA: 2004.
20. Lokman K, Eyüp Ç. (2022) "Investigation of the Effect of Group Counselling Based on Schema Therapy on Academic Expectation Stress in High School Students. *Counselling and Psychotherapy Research* 2022: 1 – 7
21. Donzel L, Ouwens M, Alphen S.P.J, Bouwmeester S., Videler A.C. The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults – integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications* 2021 March; 24.
22. Aghili M, Asghari A, Akaberi Z, Namazi M. Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on increasing psychological capital Addicted men. *Quarterly Journal of Clinical Psychology Achievements* 2022 [Persian]
23. Abdi A, Hanachi N. Investigating the effectiveness of group schema therapy on modulating maladaptive schemas in 14-18-year-old girls with suicidal tendencies. *studies and researches in behavioral sciences*, 2021 March; 6: 29-22 [Persian]
24. Aghaeepour Gavasaraee M, Tavoli A, Sadat Kamal A, Ghafoory Gholamy Z. Effectiveness of schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and mindfulness -Based stress reduction on reducing the anxiety and depression in spouses of veterans. *Journal of Clinical Psychology and Personality* 2019 March; 32(17):123-134 [Persian]
25. Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjidi M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on maladaptive schemas and general health of patients with vitiligo. *Health Promotion Management Quarterly* 2018 December; 7(6):42-52 [Persian]
26. Seyed Asiyaban S, Manshai G, Asgari P. Comparing the effectiveness of schema therapy and mindfulness on psychosomatic symptoms in people with stimulant substance abuse. *Scientific Quarterly Journal of Addiction Research* 2017 February; 10 (40):181-199 [Persian]

27. Kayanipour, Mohsenzadeh F. Zaharakar K. Comparing the effectiveness of schema therapy and narrative therapy when each of them is combined with the marital enrichment program on the tendency to break the marital contract and marital satisfaction, *Family Counseling and Psychotherapy* November 2017;2(24):27-54. [Persian]
28. Baer R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Science and Practice* 2003;10(2): 125-143
29. Diodona f. Hand book Of mindfulness. New York: Willy press 2009:36-65.
30. Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press 2002;6(8):121-145.
31. Brown K, Kasser T. Are Psychological and Ecological Well-being Compatible? The Role of Values, Mindfulness, and Lifestyle. *Social Indicators Research* 2005 November;74:349-368.
32. Brown K. W., Ryan R. M., Creswell, J. D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry* 2007 December;18:211-237.
33. Stynes G., Leão C. S, McHugh L. Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2022 January;23:174-189.
34. Chien W.T, Tse M.K, elen Y.L.Chan H, Cheng H. Y, Chenb L. Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2022 January;32.
35. Jiménez-Gómez L, Yela J.R, Crego A, Rebeca Melero-Ventola A, Gómez-Martínez M. Á. Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) vs. the Mindful Self-Compassion (MSC) Programs in Clinical and Health Psychologist Trainees. *Mindfulness* 2022 January 20;13:584-599.
36. Eftekhari Afzali A, Izadi F. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on self-compassion, emotional ataxia and cognitive distortion of students with love trauma syndrome. *Cognitive and Behavioral Sciences Research* 2021 October;11(2):61-67 [Persian]
37. Yazdani M. Ghasemi Mutlaq M, Bakhshipour, A. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based and metacognitive therapy on family functioning, emotional control and emotional empathy of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mashhad Medical School*, 2021 February;63(6):23-35 [Persian]
38. Bagholi H, Mahdovi M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy group and mindfulness-based therapy on the sleep quality of multiple sclerosis patients. *Psychological Studies* 2020 March 3;11(4):67-76 [Persian]
39. Razavizadeh Tabadakan F.Z., Jajarmi M., Vakili Y. Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on perceived stress, rumination and difficulty regulating emotions in women with type 2 diabetes (3-month follow-up). *Ibn Sina Journal of Nursing and Midwifery Care* 2019 February;24(4): 370-383 [Persian]
40. Azmoudeh M, Chengizi F, Livarjani S, Vahedi S. Effectiveness of mindfulness intervention based on group narrative therapy on improving cognitive performance in students with depressive symptoms. *Education and Evaluation (Educational Sciences)* 2020 October;14(53):31 -59 [Persian]
41. Shayanfar N. Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on suicidal thoughts of female students with major depressive disorder. *Psychological Development* 2020 October;52(7):25-34 [Persian]
42. Godarzi A, Golmohammadi A, Gonbadi Bashir S, Samadi S. Effectiveness of mindfulness based on reducing stress on suicidal thoughts and aggression in soldiers. *Law enforcement medicine* 2018 November;7(4):148-152 [Persian]
43. Hanasabzadeh M, Yazdandoost R, Asgharanjad Farid A, Gharai B. Cognitive therapy based on mindfulness in suicidal depressed patients: a qualitative study. *Behavioral Sciences* 2011 May; 5(1): 33-38 [Persian]
44. Kaviani H. Validation and standardization of the Cloninger TCI nature and character questionnaire in the Iranian population, *Journal of the Faculty of Medicine* 2005 May;63(2):98-89 [Persian]
45. RaftarAliabadi M, Shareh H, Tuzandeh Jani H. Comparing the effectiveness of schema therapy along with mindfulness and forgiveness therapy on clinical symptoms and emotional responses of women affected by infidelity. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2020 February;11(4):49-60 [Persian]
46. Taylor G. J, Ryan D. P, Bagby R. M. Toward the development of a new self - report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1985;44(4):191-199.
47. Bagby R. M, Taylor G. J, Parker J. D. A. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale -- II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research* 1994 January;38(1):33-40.
48. Afshari, Afrooz. « Investigating personality traits, attachment styles, psychogenic stress events and gender as predictors of emotional dyslexia in undergraduate students of Shahid Chamran University». Specialized thesis, Faculty of Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, 2018 [Persian]
49. Young, J. E. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd Ed.). Sarasota FL. Professional Resource Press;1999.

50. Segal z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Relapse Prevention. New York Guilford; 2002.
51. Fietz J, Valencia N, Silani G. (2018). Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Jornal Of Eval Clin Pract* 2018 August ;24(4):901-908.
52. Fang Y, Zeng B, Chen P, Mai Y, Teng S, Zhang M, et al. Mindfulness and Suicide Risk in Undergraduates: Exploring the Mediating Effect of Alexithymia. *Front Psychol* 2019 September 13;10.
53. Ricardo J, Teixeira M, Pereira G. (2015). Examining mindfulness and Its Relation to self-Differentiation and Alexithymia. *Mindfulness* 2015 February;6:79-87.
54. 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 June;43(2):365 -80.
55. Aaron RV, Blain SD, Snodgrass MA, Park S. Quadratic Relationship Between Alexithymia and Interoceptive Accuracy, and Results From a Pilot Mindfulness Intervention. *Psychological Therapy and Psychosomatics* 2020 March 10;11(33).

*Original Article***Comparing the effectiveness of mindfulness-based therapy and schema therapy on emotional Alexithymia in students with a history of suicide attempts**

Received: 13/03/2023 - Accepted: 30/05/2023

Javad Taghavi Khiabani¹
 Fatemeh Shahamat Dehsorkh^{2*}
 Ata Tehranchi³

¹ PhD Student, Department of General Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of humanities, Khayyam University, Mashhad, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Imamreza International University, Mashhad, Iran

Email: f.shahamat@khayyam.ac.ir

Abstract

Introduction: Comparing treatment approaches in psychology for more effectiveness in less time is one of the topics of interest to researchers, therefore the purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based therapy and schema therapy on Alexithymia in students with a history of suicide.

Methods: The method of semi-experimental research with a pre-test-post-test design and a control group included a one-month follow-up. The statistical population of the research consisted of all high school students of Shirvan city and suburbs who committed suicide in 1400. Using available sampling method, 45 people were randomly selected and divided into three groups (two experimental groups of schema therapy and mindfulness-based therapy and the control group). The data collection tool was the Toronto Emotional Dyslexia Questionnaire. The obtained data were analyzed using SPSS.21 software and descriptive statistics and variance analysis of multivariate repeated measures.

Results: The results indicated the effectiveness of two interventions on alexithymia, but according to the differences in the mean scores in different stages of measurement in the groups, mindfulness-based therapy is more effective than schema therapy in improving the alexithymia of students with a history of suicide ($P \geq 0.001$).

Conclusion: According to the findings, it is recommended to use a combination of both treatment methods and especially mindfulness-based treatment to improve mental health and reduce emotional dysregulation in students with a history of suicide attempts.

Keywords: Schema Therapy, Mindfulness-Based Therapy, Alexithymia, Suicide