رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۲، شماره پیاپی ۵۹، اردیبهشت ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(2), 2021

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودنهان‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Self-concealment and Cognitive Emotion Regulation in Women with Suicidal Thoughts

سارا فیض الهی
دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
پروفسور محمد نریمانی (نویسنده مسئول)
استاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
دکتر توکل موسی زاده
استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

Sara Feyzollahi
PhD Student, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.
Professor Mohamad Narimany*
Professor, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.
narimani@uma.ac.ir
Dr. Tavakol Mosazadeh
Assistant Professor, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افکار خودکشی، خودنهان‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی بود. این پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام زنان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند. ۴۰ نفر از زنان جامعه مذکور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر). به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس افکار خودکشی (بک و ستیر، ۱۹۹۱)، مقیاس خودنهان‌سازی (لارسون و جاستین، ۱۹۹۰) و فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر کاهش خودنهان‌سازی و افکار خودکشی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی دارد (P<۰/۰۰۱). این نتایج نشان می‌دهند که درمان پذیرش و تعهد احتمالا می‌تولند با بهبود تنظیم و ابراز هیجان در کاهش میزان افکار خودکشی موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، خودنهان‌سازی، تنظیم شناختی هیجان، افکار خودکشی*

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on suicidal thoughts, self-concealment, and cognitive emotion regulation in women with suicidal thoughts. This research was done experimentally and through designing pre-test and post-test and using a control group. The statistical population included all women with suicidal thoughts who referred to comprehensive health centers in Ardabil city in 2019. The research sample of the study was 40 women in this population who were selected by convenience sampling method and randomly replaced into the experimental and control group. For data collection, we used the suicidal thoughts scale (Beck & Steer, 1991), the self-concealment scale (Larson & Chastain, 1990), and the short form of cognitive emotion regulation questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results indicated that acceptance and commitment therapy had a significant effect on reducing self-concealment and suicidal thoughts and increasing cognitive emotion regulation in women with suicidal thoughts (P<0.001). These findings indicate that acceptance and commitment therapy may be effective in reducing suicidal thoughts by improving the regulation and expression of emotions.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Self-concealment, Cognitive Emotion Regulation, Suicidal Thoughts.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۹۹** | **پذیرش: اسفند ۹۹** | **ویرایش نهایی : اردیبهشت ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

مقدمه

اصطلاح خودکشی به معنی آسیب رساندن به خود با هدف از بین بردن خویش است. مرگ در اثر خودکشی ممکن است بیشتر از یک دلیل داشته باشد (کومار[۱]، ۲۰۱۷). افکار خودکشی نیز افکار ناخوانده همراه با تمایل به خاتمه دادن عمر در زندگی شخصی فرد است. افکار خودکشی شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (فلاکانی و تیمونز- میشل[۲]، ۲۰۱۸). خودکشی یکی از عمده‌ترین نگرانی‌های سلامت عمومی در بسیاری از جوامع است. در ایران میزان بروز آن ۹۱/۶۵ درصد هزار نفر برآورد گردیده است (دلیری، بازیار، سایه‌میری، دلپیشه و سایه‌میری، ۱۳۹۵). این آمارها در حالی است که گفته می‌شود احتمالاً آمار واقعی که شامل اقدام به خودکشی و سایر رفتارهای خودکشی‌گرایانه است، ۱۰ تا ۲۰ برابر این میزان باشد (سازمان جهانی بهداشت[۳]، ۲۰۱۴). میزان خودکشی در زنان به خصوص در کشور ما در حال افزایش است. به طوری که بر اساس تحقیقات انجام گرفته، ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵؛ امیری، ۲۰۲۰). لذا توجه مبرم از سوی محققان، مسئولان و سایر نهادهای مربوطه را می‌طلبد.

آسیب‌پذیری بیشتر زنان در برابر رفتارهای خودکشی احتمالاً به دلیل آسیب‌پذیری در عوامل روانی- اجتماعی و هیجانی است (کومار، ۲۰۱۵)؛ لذا توجه به کارکردهای هیجانی از قبیل تنظیم شناختی هیجان[۴] در آن مهم است. تنظیم شناختی هیجان را می‌توان روش شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک‌شده تعریف کرد (پاتهوف[۵] و همکاران، ۲۰۱۶). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم کنند و این شیوه‌ی تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (کرایج، پورامبوم و گارنفسکی[۶]، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، در نتیجه‌ی ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت و به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و نادرست، فرد ممکن است راهبردهای شناختی نامناسب را برای روبه‌رو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا برگزیند (گارنفسکی و کرایج[۷]، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های مک لاتری[۸] و همکاران (۲۰۲۰) و قادری، آهی، منصوری، وزیری و شاهی‌زاده (۲۰۲۰) حاکی از وجود ارتباط مستقیم بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با افکار و رفتارهای خودکشی بود.

خودنهان‌سازی[۹] مکانیسم دیگری است که می‌تواند با افکار خودکشی مرتبط باشد. خودنهان‌سازی یعنی گرایش فرد به پنهان کردن ناراحتی‌های شخصی خود از دیگران (لارسون و چاستین[۱۰]، ۱۹۹۰). برخلاف نگه داشتن یک راز که یک فعالیت است، خودنهان‌سازی یک متغیر شخصیتی است (کلی و ییپ[۱۱]، ۲۰۰۸). خودنهان‌سازی با خودافشایی[۱۲] پایین نیز متفاوت است به نحوی که خودنهان‌سازی به معنای پنهان کردن اطلاعاتی است که ناراحت‌کننده است؛ در حالی که خودافشایی پایین تنها به این معنی است که فرد تمایل ندارد اطلاعات خصوصی را بازگو کند (فیشر[۱۳]، ۱۹۸۴). افرادی که خودنهان‌سازی بالایی دارند، کمتر به دنبال کمک‌های حرفه‌ای می‌آیند (سپیدا- بنیتو و شورت[۱۴]، ۱۹۹۸؛ هوگ و بلانکنشیپ[۱۵]، ۲۰۲۰). خودنهان‌سازی ممکن است با جلوگیری از رشد مهارت‌های سازگارانه‌ای از قبیل یادگیری استفاده از بازخورد و حمایت دیگران، به پیامدهای روان‌شناختی منفی منجر شود. همچنین، بازداری مداوم از افشای اطلاعات شخصی نیز

---

1 - Kumar
2 - Falcone & Timmons-Mitchell
3 - World Health Organization (WHO)
4 - Cognitive emotion regulation
5 - Potthoff
6 - Kraaij, Pruymboom & Garnefski
7. Garnefski & Kraaij
8 - McLaerty
9 - Self-concealment
10 - Larson & Chastain
11 - Kelly & Yip
12 - Self-disclosure
13 - Fisher
14 - Cepeda-Benito & Short
15 - Hogge & Blankenship

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

ممکن است به استرس درونی اضافه کند که باعث تشدید پریشانی روان‌شناختی می‌شود (پکنباکر[1]، ۱۹۸۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان بالاتر خودنهان‌سازی با افکار خودکشی، رفتارهای خودکشی‌گرایانه و اقدام به خودکشی در ارتباط است (فریدلاندر[2] و همکاران، ۲۰۱۲؛ هوگ و بلانکنشیپ[3]، ۲۰۲۰؛ داگاتا و هولدن[4]، ۲۰۱۸).

یکی از مداخلات روان‌شناختی که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده و در زمینه خودکشی نیز کاربرد دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[5] (ACT) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی است که راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای مبتنی بر تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[6] به کار می‌گیرد (هیز، لوین، پالم‌ویلاردجا، ویلت و پیستورلو[7]، ۲۰۱۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. به عبارت دیگر، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای[8] غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی و ارزشمند باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف را که مناسب‌تر است، افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطرات آشفته‌ساز انجام می‌شود. همچنین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش توانایی فرد برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (فورمن و هربرت[9]، ۲۰۰۹).

چندین کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده[10] (RCT) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در مدیریت اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با افزایش خطر خودکشی از قبیل دوره‌های افسردگی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی و روان‌پریشی مفید باشد (دوکاس[11] و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، دو گزارش موردی منتشر شده توسط لووما و ویلت[12] (۲۰۱۲) به نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی در پیگیری‌های یک ساله اشاره دارد. همچنین پژوهش دوکاس و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش شدت افکار خودکشی، ناامیدی و پریشانی روان‌شناختی در افراد می‌شود. پژوهش‌های داخلی نیز بر اثربخشی این مداخله بر کاهش افکار خودکشی (آبیار، مکوندی، بختیارپور، نادری و حافظی، ۱۳۹۷؛ شجاعی زند، احمدی و کوشکی، ۱۳۹۷) حکایت دارند. از سوی دیگر، پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی در تنظیم هیجان در اختلالات مختلف است. در این راستا پژوهش داویدس، نایلس، پیتیگ، آرش و کراسکی[13] (۲۰۱۵) نشان داد که بدتنظیمی هیجان یکی از شاخص‌های اصلی اختلالات اضطرابی است و درمان پذیرش و تعهد در کاهش آن مؤثر است. همچنین پژوهش اسپیدل، لکومتی، کیلی و داینلت[14] (۲۰۱۸) نشان داد درمان پذیرش و تعهد موجب تنظیم هیجان افراد دارای تجارب تروما دوران کودکی می‌شود و پذیرش این هیجانات منفی به دنبال درمان پذیرش و تعهد در این افراد افزایش می‌یابد. رویز[15] و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر افکار و هیجانات منفی اختلالات هیجانی مؤثر است. همچنین در پژوهش‌های داخل کشور نیز شواهدی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی گزارش شده است (قربانی، مرادی، عارفی و احمدیان، ۲۰۱۹؛ فعله‌کار، فعال، زاهدزاده، امانی و عسکری، ۱۳۹۸). با مرور پژوهش‌های انجام‌شده، شواهدی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مورد خودنهان‌سازی

---

1 - Pennebaker
2 - Friedlander
3 - Hogge & Blankenship
4 - D'Agata & Holden
5 - Acceptance and commitment therapy (ACT)
6 - Psychological flexibility
7 - Hayes, Levin, Plumb-Vilardaga, Villatte & Pistorello
8- Experiential avoidance
9 - Forman & Herbert
10 - Randomized controlled trials (RCT)
11 - Ducasse
12- Luoma & Villatte
13- Davies, Niles, Pittig, Arch & Craske
14- Spidel, Lecomte, Kealy & Daigneault
15- Ruiz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

یافت نشد اما به معدود پژوهش‌های مرتبط با متغیر خودنهان‌سازی اشاره می‌شود. اتاجک[1] و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر مکانیسم‌های روانی مرتبط بر اختلالات و مشکلات روان‌شناختی مؤثر است. گریفیس، ویلیامسون، زوچلی، پاراسکیوا و ماس[2] (۲۰۱۸) نشان دادند که ترس انگ به خود توسط جامعه و درون‌ریزی ناراحتی یکی از مشکلات اساسی افراد دارای چاقی و بدشکلی بدن است، به طوری که این افراد با پنهان کردن مشکلات خود و ارتباط کم اجتماعی سعی در مقابله با ناراحتی خود دارند. از طرفی درمان پذیرش و تعهد با ارتقای پذیرش این مشکلات در افزایش بهزیستی این افراد و کاهش انگ زدن به خویشتن مؤثر بود. پژوهش جهانگیری، گل محمدیان و حجت‌خواه (۱۳۹۸) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در نشخوار ذهنی افراد تأثیر دارد به طوری که موجب کاهش افکاری می‌شود که مداوم در زمان تنهایی در درون فرد تکرار می‌شود و مانع برون‌ریزی آنها می‌شود.

در نهایت با توجه به آنچه بیان شد و نیز با توجه به شیوع روزافزون معضل رفتارهای خودکشی به خصوص در زنان، همچنین مطالعات صورت گرفته‌ی اندک در این خصوص و خلأ پژوهشی مبنی بر تأثیر این درمان بر متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و خودنهان‌سازی در زنان دارای افکار خودکشی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افکار خودکشی، خودنهان‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین این افراد تعداد ۶۲۱ نفر دارای افکار خودکشی (شناسایی بر اساس مقیاس خودکشی بک توسط سامانه سیب مراکز جامع سلامت) بودند. لازم به ذکر است که این تعداد بر مبنای تشخیص پزشکان مراکز جامع سلامت و اخذ مصاحبه تشخیصی از آنها شناسایی شده بود. در این مرحله برای تشخیص دقیق‌تر از پرسشنامه خودکشی بک استفاده شد که در نهایت از این تعداد مراجعه‌کننده ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از سه مرکز جامع سلامت انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) به شیوه تصادفی ساده جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه با استناد به حجم نمونه‌ی پیشنهاد شده برای پژوهش‌های آزمایشی (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) صورت گرفت (دلاور، ۱۳۹۶). بعد از انتخاب نمونه آماری، گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی ۷۵ دقیقه‌ای که شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود، دریافت کرد و گروه کنترل بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای باقی ماند. ملاک‌های ورود شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در برنامه آموزشی و داشتن سن بین ۶۰-۱۵ ، کسب نمره برش لازم در مقیاس خودکشی بک (۱۹-۶ داشتن افکار خودکشی و ۳۸-۲۰ آمادگی جهت خودکشی) و ملاک‌های خروج شامل شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه و غیبت متوالی دو جلسه بود. لازم به ذکر است که با توجه به پیگیری‌ها و تشویق پژوهشگران در خصوص ادامه شرکت در پژوهش آزمودنی‌ها، در مطالعه حاضر ریزش آزمودنی صورت نگرفت و در صورت جا ماندن هر یک از آزمودنی‌ها تنها از یک جلسه آموزشی، پژوهشگر برنامه‌ی فوق‌العاده برای رساندن به گروه اجرا می‌کرد. در نهایت بعد از انجام جلسات درمانی و سپری شدن ۴ هفته از هر دو گروه پس‌آزمون دریافت گردید و داده‌های جمع آوری شده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری $SPSS_{۲۲}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

مقیاس افکار خودکشی بک[3]: این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۱۹ سؤالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری نگرش، رفتار و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی توسط بک و ستیر[4] (۱۹۹۱) تهیه شده و بر اساس مقیاس سه درجه‌ای نقطه‌ای از ۰-۲ تنظیم شده است. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰-۲۸ متغیر است. نمره ۵-۰ نشان‌دهنده عدم وجود افکار خودکشی، ۱۹-۶ داشتن افکار خودکشی، ۳۸-۲۰ آمادگی جهت خودکشی است (بک و ستیر، ۱۹۹۱). همسانی درونی این مقیاس با

1- A-tjak
2- Griffiths, Williamson, Zucchelli, Paraskeva & Moss
3 . Beck suicide Scale Ideation
4 . Beck & Steer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و حساسیت و دقت آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است (بک و ستیر، ۱۹۹۱). در ایران نیز این مقیاس از پایایی بالایی برخوردار بوده که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و با استفاده از روش آزمون- باز آزمون ۰/۷۴ به دست آمده است (انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی نوده، ۱۳۸۴).

مقیاس خودنهان‌سازی[1] (SCS): پرسشنامه خودنهان‌سازی یک ابزار تجربی ۱۰ سؤالی است که در سال ۱۹۹۰ توسط لارسون و جاستین برای ارزیابی میزان تمایل فرد به پنهان کردن اطلاعات شخصی ناراحت‌کننده و منفی خود از دیگران طراحی گردید. آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از «کاملاً مخالفم ۱ –تا کاملاً موافق ۵-» به سؤالات پرسشنامه پاسخ می‌دهند. ضریب پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی ۸۱/۰ گزارش شده است. همچنین همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به دست آمد (لارسون و جاستین، ۱۹۹۰). محققان علاوه بر انسجام درونی بالا، در بحث روایی همگرا، بین این مقیاس و اضطراب، افسردگی، پریشانی عمومی، تنهایی، ناسازگاری و علائم جسمی همبستگی مثبتی را گزارش کردند. همچنین در بحث روایی واگرا، بین این مقیاس و عزت‌نفس، حمایت اجتماعی و احتمال مراجعه به مشاوره روانشناسی همبستگی منفی را گزارش کرده‌اند (کرامر و باری[2]، ۱۹۹۹). در پژوهش تقی‌زاده شیده، شریفی و فرخزاد (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱۷ و ضریب بازآزمایی با فاصله زمانی سه ماهه برابر ۰/۸۳۲ به دست آمد که نشانگر همسانی درونی و پایایی مطلوب این مقیاس در جامعه ایرانی است. همچنین روایی سازه این مقیاس با مقدار ۰/۸۵۲ شاخص KMO و معناداری آزمون کرویت بارتلت حاکی از تأیید روایی سازه این مقیاس بود.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[3]: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) در کشور هلند تدوین شده است و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و ۳۶ گویه دارد که هر زیر مقیاس ۴ گویه است. فرم کوتاه آن دارای ۱۸ گویه است که در آن برای هر زیر مقیاس ۲ گویه (مثبت و منفی) در نظر گرفته شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده گردیده است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (همیشه) است. نمره کل هر یک از زیر مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره گویه‌ها به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره در تنظیم شناختی هیجانی سازگار ۱۰ و ۵۰ و حداقل و حداکثر نمره در تنظیم هیجانی ناسازگار ۸ و ۴۰ است (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در ایران اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط حسنی (۱۳۹۰) در دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، عامل‌های اصلی پرسشنامه را نیز مورد تأیید قرار داد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نسبتاً بالا بود. سرانجام، الگوی همبستگی خرده مقیاس‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان با علائم افسردگی بیانگر روایی ملاک مقیاس بود (حسنی، ۱۳۹۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون[4]، ۱۹۹۹) طی ۸ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹)

ردیف جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	نومیدی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مسئله است نه راه‌حل
سوم	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به‌کارگیری استعاره‌های مربوطه
پنجم	بررسی آمیختگی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیمِ نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بافتار

[1] . self-Concealment Scale
[2]- Cramer & Barry
[3]. Short form of the cognitive emotion regulation questionnair
[4] - Strosahl & Wilson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

هفتم	تأکید بر زمان حال
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها و جمع‌بندی

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) افراد شـــرکت‌کننده در گروه آزمایش برابر با ۳۶ (۷/۸۲) و گروه کنترل برابر با ۳۷ (۸/۴۸) بود. در ادامه یافته‌های آمار توصیفی متغیرها ارائه شده است (جدول ۲).

جدول (۲)- میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم شناختی هیجان	۳۱/۱۰	۲/۳۱	۴۹/۰۵	۲/۱۴	۲۹/۳۱	۲/۵۳	۲۸/۰۷	۲/۷۶
خودنهان‌سازی	۳۷/۱۳	۲/۸۲	۲۰/۱۲	۳/۳۷	۳۷/۸۲	۳/۱۴	۳۵/۲۸	۱/۱۷
افکار خودکشی	۳۰/۳۱	۲/۲۸	۲۰/۷۶	۴/۳۲	۳۱/۹۰	۳/۲۱	۳۲/۶۷	۳/۸۰

بر اساس جدول ۲، میانگین متغیر تنظیم شناختی هیجان، خودنهان‌سازی و افکار خودکشی در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییری را نشان نمی‌دهد؛ اما در گروه آزمایش، افزایش میانگین تنظیم شناختی هیجان و کاهش میانگین خودنهان‌سازی و افکار خودکشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون دیده می‌شود.

در ادامه قبل از انجام آزمون کوواریانس، مفروضه‌های یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و مفروضه همسانی واریانس‌ها بررسی گردید و نتایج آنها در زیر آورده شده است (جدول ۳).

جدول (۳) نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس

منبع	متغیر	df	F	P
گروه*پیش‌آزمون	تنظیم شناختی هیجان	۱	۰/۱۷۸	۰/۹۳۰
گروه*پیش‌آزمون	خودنهان‌سازی	۱	۰/۳۵۴	۰/۹۰۲
گروه*پیش‌آزمون	افکار خودکشی	۱	۰/۲۴۳	۰/۷۳۳

چنانچه در جدول (۳) مشـاهده می‌شـود، آماره F معنادار نیسـت (P>۰/۰۵)؛ بنابراین، شـیب رگرسـیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر است. بر این اساس، مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است و برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد. همچنین نتایج مفروضـــه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون M Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها بود. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) نمرات متغیرهای تنظیم شـناختی هیجان، خودنهان‌سـازی و افکار خودکشـی ارائه شـده اسـت (جدول ۴).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی، تنظیم شناختی هیجان و خودنهان‌سازی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تنظیم شناختی هیجان	۲۵۴/۸۱۷	۱	۲۵۴/۸۱۷	۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵۱
خودنهان سازی	۵۴۷/۲۴	۱	۵۴۷/۲۴	۱۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴
افکار خودکشی	۴۹۳/۵۳	۱	۴۹۳/۵۳	۱۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱

مطابق نتایج جدول (۴) بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، خودنهان‌سازی و افکار خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر کاهش خودنهان‌سازی (P<۰/۰۰۱، F=۱۴/۱۹)، افزایش تنظیم شناختی هیجان (P<۰/۰۰۱، F=۹/۰۷) و کاهش افکار خودکشی (P<۰/۰۰۱، F=۱۲/۷۴) در زنان دارای افکار خودکشی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودنهان‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر کاهش خودنهان‌سازی و افکار خودکشی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی دارد. تاثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش خودنهان‌سازی با پژوهش‌های اتاجک و همکاران (۲۰۱۵)، گریفیس و همکاران (۲۰۱۸) و گل‌محمدیان و حجت‌خواه (۲۰۱۹)همسو است. همچنین تاثیر این درمان بر افزایش تنظیم هیجان با پژوهش‌های داویدس و همکاران (۲۰۱۵)، اسپیدل و همکاران (۲۰۱۸)، رویز و همکاران (۲۰۱۸)، قربانی و همکاران (۲۰۱۹)، فعله‌کار و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. در نهایت، در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش افکار خودکشی شده است که با نتایج لووما و ویلت (۲۰۱۲)، دوکاس و همکاران (۲۰۱۴)، آبیار و همکاران (۱۳۹۷) و شجاعی زند و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر افزایش کاهش خودنهان‌سازی در زنان دارای افکار خودکشی دارد. خودنهان‌سازی به عنوان یک پیش‌زمینه یا تمایل ثابت به پنهان کردن ناراحتی‌ها و اطلاعت شرم‌آور شخصی خود از دیگران تعریف می‌شود و به نظر می‌رسد افرادی که خودنهان‌سازی بالایی دارند، به احتمال زیاد مقاومت بیشتری در برابر تغییر از خود نشان خواهند داد (لارسون و چاستین، ۱۹۹۰). از طرفی دیگر، شنیدمن[1] (۱۹۹۳) گفته است در خودکشی هدف همیشه مرگ نیست و بسیاری موارد، خواسته بیمار خاتمه بخشیدن به درد روانی است، در حالی که برای بسیاری از بیماران خودکشی‌گرا این واقعیت ساده که احساس‌های بد تا ابد دوام ندارد، در میان شبکه‌ای از احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه گم می‌شود. با کنار گذاشتن این دو واقعیت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد چنانچه فرد خودکشی‌گرا ابتدا آگاهی لازم را به دست بیاورد که رنج روانی همیشگی نیست و سپس به او کمک شود به جای قضاوت منفی به این رنج‌ها، تنها نظاره‌گر آن باشد (چنانچه یکی از هدف‌های مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است) و آن را همان‌گونه که هست بپذیرد، می‌توان به او کمک کرد تا دوره‌ی محدود خودکشی‌گرایی را بدون خطر پشت سر گذارد. بر این اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های درمانی خود، زمینه کاهش خودنهان‌سازی (پنهان کردن ناراحتی‌ها و اطلاعات شرم‌آور شخصی) را فراهم می‌کند به این صورت که بر روی استعاره‌ها، ارزش‌ها، معنا در زندگی، رنج دیدن و در دل رنج پرورش یافتن تأکید می‌کند. وجود چنین تأکیدهایی (بررسی ارزش‌های افراد و به‌کارگیری استعاره‌های مربوطه و بررسی آمیختگی، گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره) موجب می‌شود که فرد از افکار مربوط به ناراحتی‌ها و اطلاعات شرم‌آور

[1]- Shneidman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

شخصی (خودنهان‌سازی) و نیز افکار خودکشی (احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه) رهایی یابد. چرا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). افزون بر این، تلاش برای سرکوب افکار مزاحم از قبیل تصاویر ذهنی ناخواسته در مورد خودکشی (هولمز، کرانه، فینل و ویلیامز[1]، ۲۰۰۷) یا افکار خودکشی (پتی[2] و همکاران، ۲۰۰۹) ممکن است شدت و فراوانی آنها (نجمی، وگنر و ناک[3]، ۲۰۰۷) و هیجانات منفی همراه آنها را افزایش دهد (روئمر و بورکوِک[4]، ۱۹۹۴)؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش افکار، هیجانات و احساسات به جای اجتناب یا سرکوب آنها به این افراد می‌آموزد تا به زندگی ارزشمند بپردازند. افزون بر این، رفتار خودکشی ممکن است به عنوان شدیدترین جلوه‌ی اجتناب تجربه‌ای در نظر گرفته شود و به عنوان نهایی‌ترین وسیله برای اجتناب از تجارب روان‌شناختی دردناک ناخواسته به نظر می‌رسد (لووما و ویلت، ۲۰۱۲). همچنین، این امر یک شکل افراطی از آمیختگی شناختی[5] را نشان می‌دهد زیرا افراد به معنای واقعی کلمه فکر می‌کنند که زندگی آنها ارزش زندگی ندارد (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس[6]، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین پذیرش تجربه‌ای[7] و افکار خودکشی در سربازانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده‌اند، همبستگی منفی وجود دارد (واسلر[8] و همکاران، ۲۰۱۵).

از نتایج دیگر این پژوهش این بود که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی دارد. توانایی کنار آمدن مؤثر با هیجانات منفی می‌تواند از اعمال اثر زیان‌بخش این هیجانات بر هیجانات مثبت جلوگیری کند (پاتهوف و همکاران، ۲۰۱۶). در این راستا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شامل تمریناتی برای کمک به افزایش هوشیاری/ قدردانی از هیجانات مثبت و مشارکت آگاهانه در فعالیت‌های لذت‌بخش است که باعث تسهیل هیجانات مثبت می‌شود. به‌علاوه، افراد دارای مهارت‌های تنظیم شناختی هیجانی از طریق افکار مثبت می‌توانند با کاهش افکار و نشخوار ذهنی مربوط به خودکشی، راه بر این افکار را مسدود کنند. لذا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث می‌شود که فرد زمان و تلاش خود را وقف اهداف خود کند و راه‌های رسیدن به این اهداف را خوب شناسایی و انتخاب کند، لذا این موضوع کاهش افکار خودکشی در آنان را نیز در پی دارد. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سبب مکانیزم‌های نهفته در آن از قبیل پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، گسلش شناختی، مشاهده امور بدون قضاوت، اقدام متعهدانه بر مبنای ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربه‌ای قابلیت این را دارد تا درمان‌جویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در زمان مواجهه با هیجانات ناخوشایند و تهدیدکننده که عامل بروز افکار خودکشی نیز هستند، بر هیجانات خود آگاهی و مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم کارآمد هیجانات بپردازند. افراد با استفاده از مهارت‌های حضور در لحظه حال می‌آموزند تا رویدادهای درونی خود را که شامل افکار، هیجانات، خاطرات و حس‌های بدنی هستند صرفاً به عنوان آنچه هستند، در نظر بگیرند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). بر مبنای این دیدگاه، هیچ یک از این تجارب درونی اگر آن‌گونه که هستند، تجربه شود، برای سلامتی فرد زیان‌بخش نیستند؛ بنابراین نیازی به کنترل یا اجتناب از این هیجانات نیست و فرد می‌تواند با پذیرش این هیجانات منفی همانند دیگر هیجانات مثبت در مسیر ارزش‌های خویش حرکت و اقدام مناسب انجام دهد؛ لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نهایت با مؤلفه کلیدی خود یعنی پذیرش به تنظیم شناختی هیجان کمک می‌کند که این امر به نوبه خود منجر به کاهش افکار خودکشی نیز می‌شود (پاتهوف و همکاران، ۲۰۱۶).

در مجموع، بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودنهان‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی تأثیر معناداری داشته و استفاده از این روش درمانی می‌تواند زمینه‌ساز کاهش افکار خودکشی نیز گردد. این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی چون بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، محدودیت جغرافیایی (محدود بودن به شهر اردبیل) و ناتوانی در بررسی سایر متغیرهای که می‌تواند در افکار خودکشی تأثیرگذار باشد (مانند رضایت زناشویی

1- Holmes, Crane, Fennell & Williams
2- Pettit
3- Najmi, Wegner & Nock
4- Roemer & Borkovec
5 - Cognitive fusion
6- Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
7 - Experiential acceptance
8- Walser

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

و میزان سازگاری فرد) بود. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از سایر روش‌های نمونه‌گیری بهره گرفته شود. همچنین تحقیقی در سایر مناطق جغرافیایی کشور صورت گیرد تا با اطمینان کامل بتوان به تعمیم نتایج پرداخت.

منابع

انیسی، ج؛ فتحی آشتیانی، ع؛ سلیمی، س.ح و احمدی نوده، خ. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۷(۲۳)، ۳۳-۳۷.

آبیار، ذ؛ مکوندی، ب؛ بختیارپور، س؛ نادری، ف و حافظی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر اندیشه‌پردازی خودکشی زنان افسرده. *مجله پژوهشنامه زنان*، ۹ (۲۳)، ۱-۲۳.

بشرپور، س و احمدی، ش. (۱۳۹۸). نقش خود نهان‌سازی و آلکسی‌تایمیا در پیش‌بینی مقاومت در برابر تغییر در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر. *علوم مراقبتی نظامی، ۵ (۴)*، ۳۱۲-۳۲۰.

تقی‌زاده شیده، ع؛ شریفی، ح.پ؛ فرخزاد، پ. (۱۳۹۲). هنجاریابی پرسشنامه خودپنهان‌کاری (SCS) در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه و راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه تخصصی روان‌سنجی، ۱* (۴)، ۱۰۱-۸۹.

جهانگیری، م؛ گل محمدیان، م و حجت خواه، س.م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۸)،۱۸۴-۱۶۹.

حسنی، ج. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۲۰)، ۲۲۹-۲۴۰.

دلاور، ع. (۱۳۹۶). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

دلیری، س؛ بازیار، ج؛ سایه میری، ک؛ دل پیشه، ع و سایه میری، ف. (۱۳۹۵). بررسی میزان بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق بر حسب اقلیم‌های هفت‌گانه ایران طی سال‌های ۱۳۹۳—۱۳۸۰: یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۱ (۶) ۱-۱۵.

شجاعی‌زند، ن؛ شهریاری احمدی، م و کوشکی، ش. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی در آتش نشانان حادثه پلاسکو*. دومین کنفرانس علمی پژوهشی رهیافت‌های نوین در علوم انسانی ایران، ایلام، ایران.

فعله کار، ا؛ فعال، م؛ زاهدزاده، ف؛ امانی، ا و عسکری، م. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و راهبردهای کنار آمدن مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۲)، ۲۶۵-۲۵۳.

Amiri, S. (2020). Prevalence of suicide in immigrants/refugees: A systematic review and meta-analyses. *Archives of Suicide Research*, *14*, 364-374.

A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, *84*(1), 30-36.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Cepeda-Benito, A., & Short, P. (1998). Self-concealment, avoidance of psychological services, and perceived likelihood of seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology*, *45*(1), 58–64.

Cramer, K. M., & Barry, J. E. (1999). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the self-concealment scale. *Personality and Individual Differences*, *27*(4), 629-637.

D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2018). Self-concealment and perfectionistic self-presentation in concealment of psychache and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, *125*, 56-61.

Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., & Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *46*, 35-43.

Ducasse D., Jaussent I., Arpon-Brand V., Vienot M., Laglaoui C., Béziat S., Calati R., Carrière I., Guillaume S., Courtet, P. & Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78 (4), 43-52.

Ducasse, D., René, E., Béziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, *83*(6), 374-376.

Falcone, T. & Timmons-Mitchell, J (2018). *Mood Disorders and Suicide*. Suicide Prevention: A Practical Guide for the Practitioner.Berlin: Springer, Cham.

Fisher, D. V. (1984). A conceptual analysis of self-disclosure. *Journal for the Theory of Social* Behaviour. *14*(3), 277–296.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

Forman, EM., & Herbert, JD. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy; acceptance based therapies.* In: O'Donohue WT, Fisher JE. General Principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. New Jersy: Wiley & Sons.

Friedlander, A., Nazem, S., Fiske, A., Nadorff, M. R., & Smith, M. D. (2012). Self-concealment and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(3), 332-340.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, *40*(8), 1659-1669.

Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabizadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, *7*(2), 96-103.

Ghorbani Amir, H. A., Moradi, O., Arefi, M., & Ahmadian, H. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Training (ACT) on Cognitive-Emotional Regulation, Resiliency, and Self-Control Strategies in Divorced Women. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *6*(4), 195-202.

Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *48*(4), 189-204.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, *44*(2), 180-198.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.

Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G.(1999). *Acceptance and commitment therapy: Anexperimental approach to behavior change*. NewYork: Guilford Press.

Hogge, I., & Blankenship, P. (2020). Self-concealment and suicidality: Mediating roles of unmet interpersonal needs and attitudes toward help-seeking. *Journal of clinical psychology*, *76*(10), 1893-1903.

Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J., & Williams, J. M. G. (2007). Imagery about suicide in depression—"Flash-forwards"?. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *38*(4), 423-434.

Kelly, A. E., & Yip, J. J. (2006). Is keeping a secret or being a secretive person linked to psychological symptoms?. *Journal of Personality*, *74*(5), 1349-1370.

Kraaij, V., Pruymboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & mental health*, *6*(3), 275-281.

Kumar, L. (2015). Suicide in women. *Indian journal of psychiatry*, *57*(2), 233-238.

Kumar, U (2017). *Handbook of Suicidal Behaviour*. Singapore: Springer

Larson, D.G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement,and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *9*(4), 439–455.

Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and behavioral practice*, *19*(2), 265-276.

McLaerty, M., Bunting, B., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., O'Neill, S. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Child. Youth Serv Rev*, 116, 105212.

Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy*, *45*(8), 1957-1965.

Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in social psychology* (pp. 211–244). San Diego, CA: Academic Press.

Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T., & Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and Anxiety*, *26*(8), 758-763.

Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M., Kraai, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, *25*(2), 218-224.

Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal psychology*, *103*(3), 467–474.

Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., ... & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *9*, 1-14.

Shneidman, E. (1993). S*uicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale .NJ: Jason Aronson.

Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *91*(2), 248-261.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]

Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, *74*, 25-31.

World Health Organization. (2014). *WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion*. New-York:World Health Organization.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4]