



Research Article

## Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Integrated Treatment(Four Factor Approach) on Cognitive Fusion on Women with Suicide Attempts

Mahin Hamidi <sup>1</sup> , Farah Lotifi Kashani <sup>2,\*</sup> , Qasem Ahi <sup>3</sup> , Seyed Kaveh Hojjat <sup>4</sup> 

<sup>1</sup> PHD Student of Clinical Psychology, Birjand Branch Islamic Azad University, Birjand, Iran

<sup>2</sup> Associated Professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor of Psychiatry, North Khorasan University of Medical Sciences, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, Bojnurd, Iran

\* **Corresponding author:** Farah Lotifi Kashani, Associated Professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran. E-mail: [Lotfi.kashani@gmail.com](mailto:Lotfi.kashani@gmail.com)

DOI: [10.52547/nkums.13.2.103](https://doi.org/10.52547/nkums.13.2.103)

### How to Cite this Article:

Hamidi M, Lotifi Kashani F, Ahi Q, Hojjat SK. Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Integrated Treatment(Four Factor Approach) on Cognitive Fusion on Women with Suicide Attempts. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2021;**13**(2):103-110. DOI: [10.29252/nkjms-130214](https://doi.org/10.29252/nkjms-130214)

Received: 13 Feb 2021

Accepted: 23 May 2021

### Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Integrated Treatment, Four Factor Approach, Cognitive Fusion, Women Suicide Attempts

### Abstract

**Introduction:** Suicide attempt is self-destructive, Consciously and purposefully is increasing among women. This study aims Comparison of the effectiveness of two therapeutic approaches Integrative and Commitment and acceptance psychotherapy on Cognitive fusion was performed on women.

**Methods:** The current research is a quasi-experimental with pre-experimental-post-experimental study with a follow up design. The statistical population of the present study included all women with suicide attempts in north Khorasan who were hospitalized in 2020. The sample of the study included 16 subjects who selected through random sampling as well as inclusion criteria and assigned randomly into two experimental groups (8 people in each group). Acceptance and commitment therapy package and integrated treatment protocol accomplished in eight 90-minutes sessions individually every week. The research tool was questionnaire of cognitive fusion by Gillanders and colleague (2010). Data were collected in three stages before the intervention, at the end of the intervention and after two months. Data were analyzed using of multivariate covariance and tests using SPSS-26.

**Results:** The results showed that both treatments effect on cognitive fusion but there isn't significant difference between the two treatments ( $F=1.578$ ,  $P<0.230$ ,  $\eta^2=0.101$ ).

**Conclusions:** Education Integrated treatment and acceptance and commitment therapy an effect on the cognitive fusion of women who attempted suicide. Reduces cognitive fusion and increased cognitive deficits in women. Therefore Such training can prevent and reduce suicide attempts in women.



## مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد یکپارچه نگر (مبتنی بر چهار عامل مشترک) بر همجوشی شناختی در زنان اقدام کننده به خودکشی

مهین حمیدی<sup>۱</sup>، فرح لطفی کاشانی<sup>۲\*</sup>، قاسم آهی<sup>۳</sup>، سید کاوه حجت<sup>۴</sup> 

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، خراسان جنوبی، بیرجند، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

\* نویسنده مسئول: فرح لطفی کاشانی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران. ایمیل:

[Lotfi.kashani@gmail.com](mailto:Lotfi.kashani@gmail.com)

DOI: 10.52547/nkums.13.2.103

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵
مقدمه: اقدام به خودکشی به منزله عملی خود ویرانگر، به صورت آگاهانه و هدفمند در بین زنان در حال افزایش است این مطالعه به منظور بررسی مقایسه اثربخشی دو رویکرد یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک و روان درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجوشی شناختی زنان اقدام کننده به خودکشی انجام شد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۲
روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان اقدام کننده به خودکشی که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان های استان خراسان شمالی بستری بودند تشکیل دادند. نمونه این پژوهش شامل ۱۶ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طریق گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی (۸ نفری) قرار گرفتند سپس یک گروه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دیگر روان درمانی یکپارچه نگر را به مدت ۸ جلسه دریافت کردند. ابزار پژوهش پرسشنامه همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) بود. اطلاعات در سه مرحله، قبل از مداخله، در پایان مداخله و دو ماه بعد از اتمام مداخله جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. تحلیل داده ها از طریق نرم افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.	واژگان کلیدی: آموزش پزشکی، ژورنال کلاب، پزشکی مبتنی بر شواهد
یافته ها: نتایج نشان داد هر دو روش درمانی بر همجوشی شناختی مؤثر بودند ولی بین دو روش درمانی ( $\eta^2 = 0.230$ , $P < 0.05$ ), تفاوت معنی داری وجود نداشت. همچنین در مؤلفه های همجوشی شناختی بین دو گروه تفاوت معنی داری گزارش نشد.	
نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد یکپارچه نگر و روان درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش همجوشی شناختی در زنان اقدام کننده به خودکشی این دو روش درمان می توانند گزینه های مناسبی برای بهره گیری متخصصان سلامت روان فعال در این زمینه باشند.	

### مقدمه

مشترک دارد که شامل نوعی هیجان ناخواسته می باشد که بسیار مشقت بار و غیر قابل کنترل است (۸). هم جوشی شناختی یکی از مؤلفه هایی است که می تواند نقش مهمی در بروز افکار خودکشی داشته باشد (۹). همجوشی شناختی مفهومی شناختی و اجتماعی است (۱۰) و به شکست افراد در تمایز قائل شدن خود از تفکراتشان اشاره دارد (۱۱). به عبارتی در همجوشی شناختی افکار و احساسات چنان شخص را گیج می کنند که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخص، تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی فرد نیست بنابراین این گونه تصور می شود که وقتی افراد در این حالت سردرگم هستند قادر به انجام واکنش مناسب به وقایع مختلف به طور منظم نمی باشند (۱۲). همجوشی زدایی به معنای این است که یاد بگیریم از افکار،

خودکشی جزء ده عامل اصلی مرگ و میر در سطح جهان است (۱). هر ساله در سراسر جهان حدود ۸۰۰۰۰۰ مرگ و میر ناشی از خودکشی گزارش می شود (۲). زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند (۳). به طور کلی عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و خشونت علیه زنان، بیشترین نقش تعیین کننده را در خودکشی زنان دارد (۴). وجود اختلالات روانپزشکی، خودزنی، عوامل استرس زا و ویژگی های جمعیتی می توانند پیش بینی کننده اقدام به خودکشی در زنان باشد (۲، ۵، ۶). اکثر کسانی که اقدام به خودکشی کرده اند جوانان در سن فعالیت هستند، یعنی کسانی که می توانند خدمات ارزنده ای به جامعه ارائه دهند (۷). اگر چه خودکشی یک پدیده پیچیده و چند بعدی است اما مسیر منتهی به خودکشی و خشونت مستقیم علیه خود، یک عامل

مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند اصلی دارد که عبارتند از: بودن در لحظه حال، پذیرش تجارب ناخوشایند (افکار و احساسات)، خود به عنوان زمینه، خود آگاهی و خود مشاهده گر، ارزش‌ها، عمل متعهدانه و همجوشی زدایی (فاصله گرفتن از افکار ناخوشایند است) (۲۳). مقبولیت روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش نشان می‌دهد روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان کمکی امیدوارکننده برای مدیریت بیماران با خطر خودکشی بالا است و در این خصوص برخی از مطالعات حاکی از تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اختلال رفتار خودکشی و افکار خودکشی است (۲۰). والس و همکاران [۲۰۱۵] آزمودنی‌هایی که روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش برای افسردگی دریافت کردند میزان افسردگی و افکار خودکشی‌شان در طول درمان کاهش یافته است، همچنین نمرات پذیرش تجارب ذهنی‌شان، افزایش یافته است. مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر بخشی معناداری بر افکار خودکشی داشته است (۲۴). با توجه به مسائل مطرح شده و اینکه در هر جامعه‌ای زنان نقش تعیین کننده‌ای دارند و خودکشی یک زن بار مادی، اقتصادی، اجتماعی بسیاری بر جامعه تحمیل می‌کند و از آنجا که خودکشی جزء اورژانس روان‌پزشکی می‌باشد بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این است کدام یک از دو روش درمانی، رویکرد یکپارچه نگر و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همجوشی شناختی زنان اقدام کننده به خودکشی مؤثرتر است؟

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان اقدام کننده به خودکشی که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان‌ها استان خراسان شمالی بستری بودند تشکیل دادند. نمونه این پژوهش شامل ۱۶ نفر بود و برای غربالگری آزمودنی‌ها از ملاک‌های ورود و عدم ورود به پژوهش استفاده گردید. ملاک‌های ورود عبارتند از: عدم اعتیاد به مواد مخدر، تحصیلات راهنمایی به بالا، دامنه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال (سن جوانی)، فقدان اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی و اقدام به خودکشی طی یک ماه گذشته بود و معیارهای خروج عبارتند از: عدم شرکت در بیشتر از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان و اقدام مجدد به خودکشی می‌باشد. مصاحبه ساختار یافته اختلالات شخصیت برای تشخیص عدم اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی اجرا شد و افرادی که اختلال داشتند به دلیل مقاومت نسبت به درمان تفکیک شدند (۲۵، ۲۶). قابل ذکر است از تعداد ۴۶ مورد مصاحبه انجام شده تعداد ۲۲ نفر فاقد علایم اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بودند و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند که از این تعداد در نهایت ۱۶ نفر در نظر گرفته شد که در دو گروه آزمایشی (۸ نفر روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۸ نفر رویکرد یکپارچه نگر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس هدفمند بود و به صورت تصادفی در گروه‌ها گمارش شدند. بعد از اخذ رضایت نامه کتبی، آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش به صورت فردی و توسط یک درمانگر (یکسان سازی روش اجرا) و به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار تحت مداخله قرار گرفتند و در پایان مداخلات از هر دو گروه پس آزمون اخذ شد و در نهایت دو ماه بعد از پس آزمون مرحله پیگیری اخذ شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم

تخیلات و خاطراتمان جدا شویم یا به جای آنکه گرفتار افکارمان شویم یا با تهدید آنها وادار به انجام کاری شویم گامی به عقب برداریم، و به آنها اجازه دهیم ببینند و بروند بدون اینکه با آنها آمیخته شویم به عبارتی نظاره گر افکارمان شویم (۱۳).

علیرغم تلاش‌های بسیاری که در حوزه مطالعات خودکشی صورت گرفته است همچنان این سؤال اساسی پیش می‌آید که کدام مداخلات برای پیشگیری از خودکشی موثرتر است، حدود ۳۴ نوع مداخله پیشگیرانه خودکشی در بازنگری مطالعات منتشر شده به چشم می‌خورد که تمامی طیف تلاش‌های پیشگیرانه از درمان خودکشی تا محافظت را پوشش می‌دهد (۱۴). در مطالعات پیشین سه رویکرد درمانی برای پیشگیری از خودکشی وجود دارد که شامل درمان‌های شناختی-رفتاری، روان‌پوشی و رویکرد راه حل‌گرا و رویکرد درمانی یکپارچه نگر می‌باشد (۱۵). روان‌درمانی یکپارچه نگر شامل چهار عامل مشترک است که عبارتند از رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم بخشی رفتار که باعث بالا بردن سطح آگاهی و پذیرش شرایط غیر قابل کنترل و احساس توانمندی بیشتر جهت مقابله با موارد غیر قابل کنترل می‌شود (۱۶). در این مدل طی برقراری رابطه درمانی با مراجع، امکان بازگویی افکار و فهم رفتار مراجع فراهم شده و به او کمک می‌شود تا از جنبه‌هایی از احساسات و رفتار که قبلاً متوجه آن نبود، آگاه شده؛ با آگاهی از وضع موجود و اقدامات ممکن، انتظار و امید به درمان در او افزایش یابد و بتواند با یادگیری شیوه‌های نظم بخشی عملکرد (رفتار، افکار و هیجان) در مسیر بهبودی قرار گرفته و با ادامه روند درمان بین سه بعد اساسی افکار، هیجان و رفتار تعادل برقرار کند همان مطالعات پیشین اثر بخشی درمان یکپارچه نگر بر خودکشی حمایت کرده‌اند، به عنوان مثال نتایج مطالعه سلیمان نژاد و همکاران (۱۷) نشان داد آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه نگر در کاهش ناامیدی و گرایش به خودکشی مؤثر بوده است. مطالعه شامکوئیان و همکاران (۱۸) نشان داده است آموزش روان‌درمانی یکپارچه نگر باعث افزایش کیفیت زندگی زنان شده است. با وجود شیوع رفتارهای خودکشی در میان زنان مدیریت بحران خودکشی برای درمانگران یک مسئله مهم می‌باشد و باعث افزایش راهکارهای جدید برای پیشگیری از خودکشی شده است (۱۹). در این راستا روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش یکی دیگر از روش‌های روان‌درمانی است که می‌تواند به عنوان یک راهکار کمکی در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی ارائه شود (۲۰، ۲۱). براساس روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد خودکشی یا خشونت علیه خود به عنوان یک تلاش مضاعف برای کنترل درد روانی یا جسمانی است در حالیکه درد به خودی خود، جزئی از طبیعت انسان است و این تلاش‌های ما برای کنترل درد است که مشکل ساز می‌شود زیرا چنین تلاش‌هایی اغلب منجر به طولانی شدن درد و رنج غیر ضروری می‌شوند (۸). روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش یک مداخله روان‌شناختی است که شامل مراحل پذیرش و ذهن آگاهی (۲۱) می‌باشد و یک مدل متفاوت برای تغییر رفتار است که براساس یک استراتژی خاص علمی می‌باشد (۲۲). در مدل درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجان‌ها یا افکار درونی خود را آزار دهنده می‌دانند و پیوسته برای تغییر این تجارب یا رهایی از آنها تلاش می‌کنند. این تلاش برای کنترل هیجان‌ها بی تأثیر است و به طور متناقضی احساسات، هیجان‌ها و افکار را تشدید می‌کند همان مدل روان‌درمانی

آلفای کرونباخ، مقیاس همجوشی به ۱۲ سؤال تقلیل یافت. این پرسشنامه دارای دو مؤلفه همجوشی شناختی و گسلش شناختی می باشد و براساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (حتی وقتی افکار ناراحت کننده به سراغم می‌آید می دانم که این افکار در نهایت بی اهمیت می‌شوند) به سنجش همجوشی شناختی می‌پردازد. زارع [۱۳۹۶] جهت هنجاریابی پرسشنامه مذکور، ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور را مورد آزمون قرار داد. نتایج حاکی از این بود که این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد، به نحوی که ضریب آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس همجوشی شناختی (۰/۷۶۵)، گسلش شناختی (۰/۸۵) بدست آمد (۱۱، ۲۸).

افزار spss نسخه ۲۶ تحلیل شد. لازم به ذکر است، از افراد رضایتمانه کتبی و آگاهانه اخذ گردید و اهداف مطالعه برایشان توضیح داده شد.

### ابزار

پرسشنامه استاندارد همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰): پرسشنامه همجوشی شناختی توسط گیلاندرز و همکاران [۲۰۱۰] طراحی شده است (۲۷). سوالات به وسیله این پرسشنامه براساس تجارب شخصی، کلینیکی و پیشینه‌ای که مفهوم همجوشی شناختی را توصیف می‌کرد، ساخته شد. این مقیاس ۴۴ آیتمی برای گروه ۴۲۵ نفری اجرا شد و در نتایج تحلیل عاملی تعداد آن به ۲۸ سؤال تقلیل یافت که در نهایت در یک فرایند تجربی و با استفاده از تحلیل عاملی و جدول ۱. پروتکل جلسات رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هریس ۲۰۱۲ (۲۹)

جلسه	محتوای جلسات
اول	جلسه آشنایی با مراجع و برقراری رابطه مناسب و اعتمادسازی، اجرای پیش آزمون، مصاحبه تشخیصی و ضابطه بندی درمان، ارائه توضیح خلاصه‌ای از شش فرایند ACT
دوم	همجوشی شناختی، آگاهی از عملکرد نامطلوب افکار به جای تلاش برای تغییر دادن افکار، ایجاد بینش در مراجع نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل، تمرینات همجوشی، استعاره‌های مربوط به همجوشی
سوم	آموزش نامیدی خلاقانه، آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلات که مراجع برای رهایی از آن تلاش می‌کند، هدف پذیرش افکار به جای مبارزه علیه آنها، استقبال فعالانه و ایجاد فضایی برای رویدادهای ذهنی (پذیرش نقطه مقابل اجتناب تجربه‌ای است). تمایل به اجتناب از افکار یا احساسات ناخواسته. تمرینات: نام گذاری احساسات، مشاهده احساسات به عنوان یک کنجکاوی علمی، مشاهده رویدادهای روانشناختی ناراحت کننده، استعاره صفحه شطرنج، استعاره آسمان و هوا
چهارم	جلسه چهارم ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی بواسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف
پنجم	آموزش زندگی ارزشمدار و انتخاب، استعاره قطب نما و مرور جلسات پیشین و تکالیف
ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزشها، اهداف و اعمال و موانع آنها و مرور جلسات پیشین و تکالیف
هفتم	بررسی مجدد ارزشها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با عمل متعهدانه و مرور جلسات پیشین و تکالیف
هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع بندی و اجرای پس آزمون

جدول ۲. پروتکل رواندرمانی رویکرد یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک [۱۷]

جلسه	محتوای جلسات
اول	جلسه آشنایی با مراجع، ایجاد رابطه درمانی، انجام مصاحبه تشخیصی و ساختار یافته، برگزاری پیش آزمون، آگاهی افزایی، ارائه شواهد علمی مبتنی بر تاثیرات روان درمانی بر مشکلات روانشناختی آن
دوم	بیان تجربیات درونی (آگاهی افزایی) همدلی و انعکاس احساسات توسط درمانگر، دور نمایی از مشکل موجود فراهم کردن و کشف موضع بیمار نسبت به مشکلیش، مقابله با فاجعه سازی (ایجاد امید) جمع بندی جلسه و ارائه تکالیف
سوم	بررسی تکلیف، ایجاد امید و انتظار درمان، لایه برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند بیمار، پیدا کردن عنصر اصلی احساس ناخوشایند و بررسی نقش افکار و رفتار، بدست آوردن انگیزه برای تغییر پیامدهای روانشناختی (ایجاد امید و انتظار درمان). جمع بندی و ارائه تکالیف.
چهارم	بررسی تجربه و برداشت بیمار از روند مداخله و تاثیرات آن بر احساسات و رفتار. روشن سازی گریز از آگاهی که مانع یادگیری است. ترغیب به فکر کردن در مورد جایگاه کنونی، آینده و بررسی رفتار فعلی و کسب اهداف. مقابله با موانع موجود و رسیدن به احساسات لذت، ارائه تکالیف
پنجم	بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد، آموزش جرات مندی جهت برون ریزی صحیح عواطف و بهبود روابط بین فردی نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار. آموزش شیوه‌های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی و زندگی روزمره، جمع بندی جلسه و ارائه تکالیف
ششم	بررسی تکلیف، درمیان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق افراد. کسب توانایی جهت کنترل ذهن و افکار ناخوشایند، زندگی در لحظه و بدست آوردن آرامش، آموزش ذهن آگاهی (آگاهی افزایی، نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار)
هفتم	بررسی تکالیف، تجربه کامل احساسات، روشن کردن و خنثی سازی واکنش‌های دفاعی، تقویت بخشیدن به آگاهی سالم، آموزش نظم بخشی افکار، احساس، عملکرد
هشتم	بررسی تکالیف، تعیین اهداف و ارزشهای بیماری، روشن سازی ارزشها، و نظم بخشی به رفتار، گرفتن پس آزمون

دبیرستان، ۳۱/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۳۱/۵ درصد دانشجو به بالا بودند. وضعیت تأهل ۱۸/۸ درصد مطلقه و ۳۷/۵ متأهل و ۴۸/۸ درصد مجرد بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال ۱۸/۸ درصد محصل، ۵ درصد بیکار و ۴۸/۸ درصد شاغل هستند. علت اقدام به خودکشی

### یافته‌ها

نمونه این پژوهش ۱۶ آزمودنی زن اقدام کننده به خودکشی بود که میانگین سنی آنان ۲۳/۵۶ سال (انحراف معیار=۴/۵۷۵) بود. از لحاظ تحصیلات ۲۵ درصد، در مقطع راهنمایی؛ ۶/۳ درصد در مقطع

۱۲/۵ درصد خیانت همسر، ۳۷/۵ درصد شکست عاطفی و ۵۰ درصد به دلیل تعارضات و مشاجره با خانواده بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات گروه‌ها را نشان می‌دهد. در پس آزمون، میانگین‌های گروه‌های تعهد و پذیرش نسبت به میانگین‌های گروه یکپارچه نگر کاهش چشمگیری نشان می‌دهد اما در بین گروه‌ها تفاوت زیادی مشاهده نشد. نتایج آزمون فرض یکسانی شیب خطوط رگرسیون نشان دادند که این پیش فرض در پس آزمون ( $F = ۰.۱۶۲, P < ۰.۰۰۱, F = ۲.۰۹۸, P < ۰.۰۰۱$ )، پیگیری ( $F = ۰.۷۵۸, P < ۰.۰۰۱, F = ۰.۲۸۴, P < ۰.۰۰۱$ )، گسلس شناختی و پس آزمون ( $F = ۰.۴۹۶, P < ۰.۰۰۱, F = ۰.۲۳۰, P < ۰.۰۰۱$ ) و پیگیری ( $F = ۱.۸۵۳, P < ۰.۰۰۱$ ) همجوشی شناختی رعایت شده‌اند.

گروه / متغیر / آزمون	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاپیرو	لیون	باکس
<b>تعهد و پذیرش یکپارچه‌نگر</b>							
گسلس شناختی							
پیش آزمون	-Jun۲۵	۷۶۵/۲	۱۱۶/۱	-۲۸۶	۱/۷۹۹	-	۹۶Nov-
پس آزمون	۰۰/۱۵	۱,۶۹	-۴۷۳	-۰۰۲۸	۱/۹۵۸	۱/۴۹۷	
پیگیری	-Dec۱۳	۱,۴۵۸	۱۰۸۶	۱/-۱۸۷	۱/۹۳۵	۱/۶	
همجوشی شناختی							
پیش آزمون	۸۸/۴۲	۲,۵۸۸	۱/۶۴۴	۱/۱۳۹	۱/۸۷۷	-	
پس آزمون	۲۳	۳,۱۲	-۶۷۹	-۶۴۲	۱/۸۸۹	۱/۵۰۳	
پیگیری	۲۸,۱	۴,۵۲	-۳۷۵	۱/۱۷۹	۱/۹۷۹	۱/۰۰۸	
<b>یکپارچه‌نگر</b>							
گسلس شناختی							
پیش آزمون	۵,۱۳	۱,۲۴۶	-۳۰۴	۱/۱۴۶	۱/۹۱۱	-	
پس آزمون	۱۴,۴	۱,۳	-۴۱۲	۱/۵۸۰	۱/۹۷۵	۱/۴۹۷	
پیگیری	۱۲,۵	۱,۷۷	-۸۲۰	۱/۸۵۱	۱/۹۳۰	۱/۶	
همجوشی شناختی							
پیش آزمون	۴۷,۸۸	۴,۹۹۸	۱/۱۲۶	۱/۰۵۰	۱/۹۱۸	-	
پس آزمون	۲۳,۳	۲,۶۶	-۱۱۴	-۶۵۸	۱/۹۵۳	۱/۵۰۳	
پیگیری	۲۴,۳۸	۳,۱۵۹	۱/۲۲۹	-۱/۲۱۵	۱/۹۵۲	۱/۰۰۸	

جدول ۴. تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر اثر زمان آزمون بر ابعاد دشواری همجوشی شناختی

منابع تغییرات / وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
<b>گروه</b>						
پس آزمون گسلس شناختی	۰/۵۱	۱	۱/۰۵۱	۱/۰۲۵	۱/۸۷۷	۱/۰۰۲
پس آزمون همجوشی شناختی	۱/۲۳۸	۱	۱/۲۳۸	۱/۱۳۷	۱/۷۱۸	۱/۰۱۱
پیگیری گسلس شناختی	۱/۱۹۵	۱	۱/۱۹۵	۱/۴۰۵	۱/۵۳۶	۱/۰۳۳
پیگیری همجوشی شناختی	۲۲/۴۱۸	۱	۲۲/۴۱۸	۱/۳۳۴	۱/۲۷۱	۱/۱۰۰
<b>خطا</b>						
پس آزمون گسلس شناختی	۲۴/۴۹۴	۱۲	۲/۰۴۱			
پس آزمون همجوشی شناختی	۱۰۸/۷۳۶	۱۲	۹/۰۶۱			
پیگیری گسلس شناختی	۳۵/۳۸۱	۱۲	۲/۹۴۸			
پیگیری همجوشی شناختی	۲۰۱/۶۴۳	۱۲	۱۶/۸۰۴			

آزمون همجوشی ( $F(۱,۱۲) = ۰,۱۳۷, P < ۰,۷۱۸, \eta^2 = ۰,۰۱۱$ ) و پیگیری همجوشی ( $F(۱,۱۲) = ۱,۳۳۴, P < ۰,۲۷۱, \eta^2 = ۰,۱۰۰$ ) تفاوت معنی داری وجود ندارد.

به عبارت دیگر می‌توان چنین نتیجه گرفت که بین گروه‌ها تفاوتی از لحاظ برتری اثربخشی وجود ندارد، و هر دو درمان تقریباً به یک اندازه در افزایش گسلس و کاهش همجوشی شناختی مؤثر هستند. مقایسه میانگین‌ها در درون گروه‌ها، حاکی از اثربخشی درمان در درون گروه‌هاست، به طوری که در گروه تعهد و پذیرش، نمرات در پس آزمون و پیگیری نشان دهنده افزایش چشمگیری در مؤلفه گسلس شناختی و کاهش قابل توجهی در مؤلفه همجوشی شناختی می‌باشد. همین اتفاق برای گروه درمان یکپارچه‌نگر نیز رخ داده است. نتایج در جدول ۵ ارائه شده‌اند.

در گروه یکپارچه‌نگر نمرات پس آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار ندارند.

همان طور که جدول ۳ نشان می‌دهد توزیع نمرات ابعاد گسلس و همجوشی شناختی آزمون شاپیرو - ویلک معنی دار نیست. به عبارت دیگر، توزیع تک متغیری نمرات نرمال است. مقدار آماره لیون هم در پیش آزمون و هم پس آزمون همجوشی شناختی و گسلس شناختی معنی دار نیست. مقدار آزمون باکس نیز معنی دار نیست. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. از آنجا که پیش آزمون موجب حساسیت و اثر انتقال می‌گردد، ضروری است تأثیر آن از پس آزمون و پیگیری کنترل گردد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که ( $F = ۰,۶۴۵, \eta^2 = ۰,۰۳۷, P < ۰,۰۰۱$ )، ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری دارد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که؛ بین اثربخشی گروه‌ها در پس آزمون گسلس شناختی ( $F(۱,۱۲) = ۰,۰۲۵, P < ۰,۸۷۷, \eta^2 = ۰,۰۰۲$ ) و پیگیری گسلس ( $F(۱,۱۲) = ۰,۴۰۵, P < ۰,۵۳۶, \eta^2 = ۰,۰۳۳$ )، پس

جدول ۵. مقایسه‌های درون گروهی اثربخشی جداگانه درمانها بر ابعاد گسلش شناختی و همجوشی شناختی

.Sig	Std. Error	تفاوت میانگین	تعهد و پذیرش
			پیش آزمون
۱	۱/۶۸۸	--۸/۷۵۰	پس آزمون
			گسلش
			گسلش
۱	۱/۸۶۰	-۵/۸۷۵	پیگیری گسلش
			پس آزمون
۱	۱/۲۶۳	۲/۸۷۵	پیگیری
			گسلش
			گسلش
			پیش آزمون
۱	۱/۷۷۵	۱۹/۸۷۵	پس آزمون همجوشی
			همجوشی
۱	۲/۰۸۶	۱۴/۷۵۰	پیگیری همجوشی
			پس آزمون
۱	۱/۷۸۹	-۵/۱۲۵	پیگیری
			همجوشی
			یکپارچه نگر
			پیش آزمون
۱	۱/۶۸۸	-۹/۲۵۰	پس آزمون
			گسلش
			گسلش
۱	۱/۸۶۰	-۷/۳۷۵	پیگیری گسلش
			پس آزمون
۱	۱/۲۶۳	۱/۸۷۵	پیگیری
			گسلش
			گسلش
			پیش آزمون
۱	۱/۷۷۵	۲۴/۶۲۵	پس آزمون
			همجوشی
			همجوشی
۱	۲/۰۸۶	۲۳/۵۰۰	پیگیری
			همجوشی
			پس آزمون همجوشی
۱	۷۹۸	-۱/۱۲۵	پیگیری همجوشی

## بحث

خودکشی هدف همیشه مرگ نیست و در بسیاری موارد، خواسته بیمار خاتمه دادن به درد روانی است، در حالیکه برای بسیاری از بیماران خودکشی گرا این واقعیت ساده که احساس‌های بد تا ابد دوام ندارد (در میان شبکه‌ای از احساسات دردناک، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه) گم می‌شود با کنار گذاشتن این واقعیت، می‌توان نتیجه گرفت چنانچه فرد خودکشی گرا ابتدا آگاهی لازم را بدست بیاورد که رنج روانی همیشگی نیست و سپس به او کمک شود به جای داوری منفی به این رنج‌ها، تنها نظاره گر آن باشد و آن را همان گونه که هست بپذیرد، می‌توان به او کمک نمود تا دوره‌ی محدود خودکشی‌گرایی را بدون خطر پشت سر بگذارد. در درمان پذیرش و تعهد به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و فرد انعطاف‌پذیری روانی ایجاد شود. یعنی توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز که در حقیقت به فرد تحمیل شده است (۳۱). در واقع

هدف از این پژوهش مقایسه اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و رویکرد یکپارچه نگر بر همجوشی شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی بود، یافته‌های این مطالعه نشان داد هر دو مداخله بر همجوشی شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی اثر معناداری داشته است و تفاوت معنی‌داری بین این دو روش درمانی وجود ندارد، به عبارتی اثر گذاری هر دو درمان به یک میزان بوده است. پژوهشی که این دو روش درمانی را با هم مقایسه کرده باشند یافت نشد اما مطالعه زارع [۲۰۱۷] در این زمینه نشان داده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش همجوشی شناختی اثرگذار است که با مطالعه ما هم سو می‌باشد (۳۰). مطالعه‌ای مروری که در سال ۲۰۱۸ در زمینه ACT و خودکشی انجام شده است نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افکار مربوط به خودکشی و افکار خودآزادگری می‌شود (۲۳). افکار خودکشی مانند افسردگی ماهیت دوره‌ای دارند، در

است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همجوشی شناختی را به طور معنا داری کاهش داده است، هدف این درمان کاهش اجتناب تجربی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند، پرورش ذهن آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است. براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال و کنترل نا مؤثر کاهش پیدا کند. به افراد آموخته می‌شود هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی اثر است یا اثر معکوس دارد. همچنین در این میان بر آگاهی روانی فرد در لحظه افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا کند. این آموزش‌ها باعث کاهش احساس پوچی و افزایش معنای زندگی در فرد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را تشویق می‌کند با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذب آنها شوند.

محدودیت‌های این مطالعه عبارتند از: فقط افرادی که به بیمارستان‌ها مراجعه کردند مورد مداخله قرار گرفتند لذا تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت مواجه است. فقدان گروه کنترل به دلیل آنکه، خودکشی اورژانس روانپزشکی می‌باشد و درمان بلافاصله ضروری است و در انتظار ماندن یک گروه دیگر (گروه کنترل) جهت یک پژوهش و فقدان درمان، اخلاقی نمی‌باشد و احتمال خودکشی مجدد فرد وجود دارد. محدودیت دیگر تعداد کم حجم نمونه می‌باشد.

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تفاوت معناداری بین روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و رویکرد یکپارچه نگر وجود نداشت و هر دو درمان باعث کاهش همجوشی شناختی و افزایش گسلس شناختی در زنان اقدام کننده به خودکشی شده است لذا استفاده از این روش هاجهت کاهش همجوشی شناختی و افزایش گسلس شناختی به متخصصان پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

از کارکنان محترم آموزش و اورژانس و بخش اعصاب و روان بیمارستان‌های امام رضا (ع) و امام حسن (ع) به خاطر مساعدت بی دریغشان کمال تشکر را داریم. ضمناً این مقاله مستخرج پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد بیرجند با کدخلاق ۱۳۹۹،۲۴۴ IR.BUMS.REC. می‌باشد، که به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند رسیده است.

### References

1. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>.
2. World Health Organization. Mental health atlas 2017: resources for mental health in the Eastern Mediterranean Region. 2019.
3. Stevovic LJ, Vodopich S. Attempted suicide in Podgorica, Montenegro: higher rates in females and unemployed males. *Ann Gen Psychiatry*. 2017;16:27. doi: 10.1186/s12991-017-0151-5 pmid: 28680456
4. Khezeli M, M. HSM, Ariapooran S, Ahmadi A, Soltanian A, Rezapour-Shahkolai F. Individual and social factors related to attempted suicide among women: a qualitative study from Iran.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش توانایی برای هشپاری کامل، پذیرش تجارب ذهنی و عمل ارزشمند بالاتر (۱۲) می‌تواند باعث کاهش همجوشی شناختی و در نتیجه کاهش افکار خودکشی در این افراد شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد روان‌درمانی یکپارچه نگر بر همجوشی شناختی اثربخش می‌باشد. در این زمینه مطالعه سلیمان نژاد و همکاران [۲۰۱۹] نشان داده است که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه نگر (رابطه درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم بخشی رفتار) بر نگرش منفی به حل مساله جوانان که گرایش به خودکشی دارند مؤثر می‌باشد (۱۷). عوامل شناختی همچون منفی گرایی به همراه دیدگاه بدبینانه درباره آینده باور به نقص و ناکامی خود و انزوای اجتماعی می‌توانند آسیب پذیری فرد را در برابر خودکشی افزایش دهند (۳۲). افراد دارای گرایش به خودکشی، احساس می‌کنند گرفتاری اخیرشان غیر قابل تحمل است و اعتقاد دارند امیدی به تغییر آن نیست و این عامل مهمی است که می‌تواند موجب اقدام به خودکشی شود. افرادی که بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه (ملامت خود، نشخوارگری، فاجعه سازی و...) بدون شناخت هیجانات استفاده می‌کنند بیشتر مستعد ایده پردازی خودکشی هستند (۵، ۸). افراد زمانی که با شناخت و آگاهی کامل روی افکارشان، راهبردهای مثبتی به کار می‌گیرند با شناخت هیجانی صحیح، افکار مثبت را جایگزین افکار منفی می‌کنند در نتیجه افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه می‌کند و کمتر مستعد ایده پردازی خودکشی می‌باشد (۸). در روان‌درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک سعی بر این است تا با ایجاد یک رابطه درمانی مناسب با آگاهی افزایشی، بیمار را از شرایط خود مطلع سازیم و فرصتی برای تمرکز بر سایر ارزش‌ها مهیا سازیم، به طوری که فرد امکان شناسایی سایر توانایی‌ها، ارزشمندی‌ها و شایستگی‌های خویشتن را دریابد و ان را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (۳۳-۳۶). در تبیین اثر بخشی درمان یکپارچه نگر بر همجوشی شناختی در این افراد می‌توان گفت این رویکرد با ایجاد آگاهی و افزایش درک فرد نسبت به توانایی‌های فردی و احساس ارزشمندی می‌تواند باعث انعطاف پذیری شناختی و فاصله گرفتن از افکار منفی و در نتیجه کاهش همجوشی شناختی شود.

همچنین نتایج دو خرده مقیاس همجوشی شناختی و گسلس شناختی نشان داد که هر دو درمان باعث کاهش معناداری در متغیر همجوشی شناختی و افزایش چشمگیری در گسلس شناختی شده‌اند نتایج مطالعه ما با نتایج زارع و همکاران (۳۷)، برداران و همکاران (۳۸)، برینکبورگ و همکاران (۳۹) و زتل و همکاران (۴۰)، فورمن و همکاران (۴۱) همسو

*Health Care Women Int.* 2019;40(3):295-313. doi: 10.1080/07399332.2018.1545773

5. Mostafazadeh B, Farzaneh E. Main predictors for repetition of suicidal behaviour among women referred to a single public sector tertiary care hospital in Iran. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(9):1379-1382. pmid: 28924278
6. Alaghebandan R, Dinn NA, Rastegar Lari E, Rastegar Lari A. Suicidal behavior by burns among women in two bordering provinces in Iran. *Ann Burns Fire Disasters.* 2015;28(2):147-154.
7. Yousefi A, Tabai M. Experimental phenomenology of the meaning of death. *J Culture Strategy.* 2011;4:39-51.
8. Barnes M, Smith P, Monteith Lindsey L, Gerber Holly R, Bahraini Nazanin H. ACT for Life: Using acceptance and commitment

- therapy to understand and prevent suicide, Handbook of suicidal behavior, Springer 2017.
9. Roush J, F., Brown S, L., Mitchell S, M., Cukrowicz K, C. Experiential avoidance, cognitive fusion, and suicide ideation among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs. *Psychotherap Res Routledge*. 2019;29(4):514-523. doi: 10.1080/10503307.2017.1395923
  10. Alvadi Sarabi M, Zare H, Alipor A, Erfani N. Prediction of Cognitive Distortions by Irrational Beliefs and Cognitive Fusion. *Soc Cognition*. 2017;5(2):168-180.
  11. Gillanders D, Bolderston H, Bond F, W.Dempster M, Flaxman P, E.Campbell L, et al. The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behav Therap*. 2014;45(1):83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
  12. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behav Therap*. 2004;35(4):639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
  13. Harris R, Hayes SC. ACT Made Simple: An Easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy, New Harbinger Publications 2009.
  14. O'Rourke MC, Jamil RT, Siddiqui W. Suicide Screening and Prevention. StatPearls. Treasure Island (FL) 2021.
  15. Davila Cervantes CA, Luna Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Rev Chil Pediatr*. 2019;90(6):606-616. doi: 10.32641/rchped.v90i6.1012 pmid: 32186583
  16. Ragsdale KA, Jones KR, Nichols A, Watkins LE, Penna S, Rauch SA, et al. Clinical Effectiveness of an Intensive Outpatient Program for Integrated Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Mild Traumatic Brain Injury. *Cognitive Behav Pract*. 2020. doi: 10.1016/j.cbpra.2020.07.002
  17. Soleimannejad H, Poursharifi H, Mohammadzadeh J, Sayehmiri K. Effectiveness of an Integrative Protocol in Reducing the Negative Attitude Towards Problem Solving as a Determinant of Suicidality Among Teenagers and Youth 15-24 Years Old in Ilam. *Sci J School Pub Health Institute Pub Health Res*. 2019;17(1):15-28.
  18. Shamkoeyan L, Seyrafi M, Lotfi Kashani F, Ahadi H, Kavosi H. The Effectiveness of Integrative psychotherapy on Self-esteem among women with systemic sclerosis (scleroderma). *J Thought Behav Clinic Psychol*. 2019;13(51):47-57.
  19. Augsberger A, Yeung A, Dougher M, Hahm HC. Factors influencing the underutilization of mental health services among Asian American women with a history of depression and suicide. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:542. doi: 10.1186/s12913-015-1191-7 pmid: 26645481
  20. Ducasse D, Jaussent I, Arpon-Brand V, Vienot M, Laglaoui C, Béziat S, et al. Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: a randomized controlled trial. *Psychotherap Psychosomat*. 2018;87(4):211-222. doi: 10.1159/000488715
  21. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2019;156(4):935-945 e931. doi: 10.1053/j.gastro.2018.11.030 pmid: 30452919
  22. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002 pmid: 23611068
  23. Tighe J, Nicholas J, Shand F, Christensen H. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Ment Health*. 2018;5(2):e10732. doi: 10.2196/10732
  24. Walser R, D., Garvert D, W., Karlin B, E., Trockel M, R., Danielle M, Taylor C. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behav Res Therap*. 2015;74:25-31. doi: 10.1016/j.brat.2015.08.012
  25. Diaz-Marsa M, Galian M, Montes A, Fernandez R, Arza R, Lopez-Ibor J, et al. [Long-acting injectable risperidone in treatment resistant borderline personality disorder. A small series report]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(2):70-74. pmid: 18365787
  26. Scheeff J, Jusyte A, Schonenberg M. Investigating social-contextual determinants of cooperation in incarcerated violent offenders. *Sci Rep*. 2018;8(1):17204. doi: 10.1038/s41598-018-35450-z pmid: 30464182
  27. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Campbell L, Kerr S, et al. Cognitive Fusion Questionnaire 2010.
  28. Hossein Z. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. *Soc Cognition*. 2017:4.
  29. Harris R, Penet C, Milleville L. Passez à l'ACT: pratique de la thérapie, d'acceptation et d'engagement. Brussels, de boeck 2012.
  30. Zare H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive fusion. *Soc Cognition*. 2017;6(1):121-132.
  31. Khorani J, Ahmadi V, Mami S, Valizadeh R. The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on the Meaning of Life, Life Satisfaction, Cognitive Flexibility, and Suicidal Ideation in Individuals with Depression. *Mejds*. 2020;10:112.
  32. Chen J, Zhou L. Savoring as a moderator between positive life events and hopelessness depression. *Soc Behav Personal Int J*. 2017;45(8):1337-1344. doi: 10.2224/sbp.6235
  33. Laible D, Carlo G, Panfile T, Eye J, Parker J. Negative emotionality and emotion regulation: A person-centered approach to predicting socioemotional adjustment in young adolescents. *JRP*. 2010;44(5):621-629. doi: 10.1016/j.jrp.2010.08.003
  34. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Counsel Psychol*. 2012;40(7):976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836
  35. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press 2012.
  36. Lotfi kashani F, Vaziri Sh. The four factor approach in psychotherapy: Foundations and Achievements. *J Thought Behav Clinic Psychol*. 2014;9(35):77-86.
  37. Zare H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive fusion. *Soc Cognition*. 2017;6(1):121-132.
  38. Baradaran M, Zare H, Alipor A, Farzad V. Effectiveness of Acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive fusion and physical Health Indicators in essential hypertensive patients. *JCP*. 2016;4(1-2):1-9.
  39. Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, Berglund G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behav Res Therap*. 2011;49(6):389-398. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.009
  40. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opin Psychol*. 2015;2:65-69. doi: 10.1016/j.copsy.2014.11.011
  41. Forman EM, Herbert JD. New Directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE.