مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۲۱، پاییز ۱۳۹۹جلد۳، ص ۴۳-۳۶
http://www.jisc.ir

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار خودکشی در بیماران دو قطبی، افسرده تک‌قطبی و افراد عادی

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۱ / پاییز ۱۳۹۹ / ص ۴۳-۳۶

فرنازکشاورزی ارشد[۱]، احترام غلامرضایی[۲]
[۱]استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی،دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نویسنده مسئول:
احترام غلامرضایی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار خودکشی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، افسردگی یک قطبی و افراد عادی بود. روش پژوهش از نوع علّی-مقایسه ای بود و جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل بیماران دوقطبی از میان بیماران بستری یکی از مراکز روانپزشکی بودند. بیماران مبتلا به افسردگی تک قطبی، از بین بیماران سرپایی مطب ها و کلینیک ها انتخاب شدند. همچنین افراد عادی بصورت غیر تصادفی یا در دسترس انتخاب شدند به نحوی که پرسشگر تلاش کرد از لحاظ سطح تحصیلات و دامنه جنسی با دو گروه اول همتا شوند. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه طرحواره های ناسازگار یانگ (فرم کوتاه) و پرسشنامه افکار خودکشی بک بود. جهت تجزیه و تحلیل آماری از تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که در طرحواره های خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل و بریدگی و طرد، بین سه گروه بیماران دوقطبی، افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد. طبق نتایج در تمامی پنج حیطه طرحواره های ناسازگار بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با دو گروه دیگر بطور معنادار نمرات بالاتری بدست آوردند. همچنین یافته ها نشان دادند که افکار خودکشی بین بیماران دوقطبی و افسرده ماژور تفاوت معناداری ندارد. همچنین افکار خودکشی بین بیماران دوقطبی و افراد عادی تفاوت معناداری نشان داد و میزان آن در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر بود. این تفاوت در میان بیماران مبتلا به افسردگی ماژور و افراد عادی نیز معنادار بود.

واژگان کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، افکار خودکشی، اختلال دوقطبی، افسردگی تک قطبی

مقدمه

اختلالات خلقی[1] (که گاهی اختلالات عاطفی نامیده می شود) طبقه مهمی از بیماریهای روانپژشکی هستند، DSM-IV اختلالات یک قطبی (افسردگی)[2] و اختلالات دوقطبی[3] را مجموعا اختلالات خلقی می نامید، اما DSM-5 این دو را در دو طبقه ی جداگانه قرار داده است[۱]. اختلال دوقطبی بیماری روانپزشکی غالبا مخربی است که همراه با نوسان های خلق در هم گسیخته، وقفه های بهبودی نیمه کامل و یا کامل توصیف می شود. دوقطبی نوع یک و نوع دو حداقل ۲٪ جمعیت جهانی را تحت تاثیر قرار می دهد، مدل های زیرآستانه ای ۲٪ دیگر را تحت تاثیر قرار می دهد[۲]. فرض بر این است که جریان اختلال دوقطبی نتیجه ی تعامل پیچیده میان آسیب پذیری ژنتیکی و بیولوژیکی و عوامل محیطی است. شدت و فراوانی وقوع فازهای (هیپو) مانیا و افسردگی در بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به میزان زیادی متغیر و غیر قابل پیش بینی می باشد[۳]. در تعداد زیادی از مطالعات، ناهنجاری های زیستی در بیماران دچار اختلال خلقی گزارش شده است. نوراپی نفرین و سروتونین دو نوروترانسمیتر از نوع آمین زیستی هستند که بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند، اما نظریه ای دال بر دخالت دوپامین هم وجود دارد. بیماران دوقطبی ممکن است از اختلال شناختی مشخص شده، حتی به هنگام سرخوشی رنج ببرند. این بیماران ممکن است بدعملکردی جدی در حوزه های مختلف زندگی از قبیل بازدهی شغلی و فعالیت های اجتماعی را تجربه کنند[۴].

اختلال افسردگی یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات خلقی است[5] تخمین زده می شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان های روانی را افراد افسرده تشکیل می دهند. در جمعیت دانشجویی متعارف نیز اضطراب و افسردگی دو نگرانی بهداشت روانی به حساب می آیندکه بر کارکرد دانشگاهی و شغلی اثر گذاشته و به طور منفی در روابط با دوستان و خانواده تاثیر دارد[۶]. شیوع رو به رشد افسردگی اساسی به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود[۷]. اختلال افسردگی اساسی شیوع طول عمر بالایی تا ۲۰٪ دارد و دلیل عمده ی ناتوانی در سرتاسر جهان می باشد[۸]. افرادی که از افسردگی اساسی رنج میبرندعملکرد روانی ضعیف و افزایش مرگ میر نشان می دهند[۹]. سمپتوم های شناختی در بین این بیماران رایج می باشد[۱۰]. متغیرهای شناختی عناصر کلیدی در شناخت رشد و پایداری اختلالات هیجانی می باشند[۱۱]. در مدل شناختی بک از افسردگی، خود طرحواره های منفی کلید آسیب پذیری نسبت به افسردگی هستند. طرح واره های ناسازگار اولیه، ممکن است آسیب پذیری شناختی را حتی برای افراد آسیب پذیری که در حال حاضر افسرده نیستند ایجاد کند [۱۲].

طرحواره ها از دوران کودکی شکل گرفته و مبنای تفکر و خودقضاوتی فرد قرار می گیرند. این طرحواره ها به صورت چارچوب کلی تفکر فرد، در زندگی روزمره، عملکرد فرد را تعیین می کنند. اگر این طرحواره ها به درستی شکل نگیرند، باعث ایجاد طرحواره های ناکارآمد و یا به عبارتی طرحواره ای ناسازگار اولیه می شوند. افراد مبتلا به اختلالات روانی از طرحواره های ناسازگار اولیه رنج میبرند و چه بسا طرحواره های ناسازگار، خود سبب بروز اختلالات روانی شوند.

طرحواره ها، ساختارهای دایمی سیستم شناختی هستند که به عنوان صافی و کلیشه، در خالص کردن تجربه ی فرد از دنیا عمل می کنند و فرد را در سازماندهی رفتارش یاری می دهند. به بیان دیگر، طرحواره، نوعی الگوی سازمان یافته ی تفکر، احساس و رفتار مبتنی بر مجموعه ای از طرحواره هاست[۱۳]. در حوزه ی رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند [۱۴]. طرحواره های ناسازگار اولیه به طرز معناداری نافذ، غیر قابل انعطاف و کژکار توصیف می شوند و هنگامی که راه اندازی شوند، به وضعیت های هیجانی در هم گسیخته و رفتارهای ناسازگار وابسته به آنها منجر می شوند. این طرحواره ها در پنج حوزه مجزا طبقه بندی شده لند: گوش بزنگی بیش از حد و بازداری، بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل[۷]. طرحواره های ناسازگار اولیه با آغاز و نگهداری آسیب شناختی روانی از جمله سمپتوم های اضطراب و افسردگی، اختلالات خوردن، وابستگی به الکل و اختلالات شخصیت همراه هستند [۱۴].تحقیقات پیشین نشان داده اند که برخی حوزه ها بخصوص با رشد افسردگی در ارتباط هستند، برای مثال حوزه طرحواره ی بریدگی و طرد، خودگردانی مختل و طرحواره ی دیگر جهت مندی[۱۵]. نمرات بالا در حوزه های طرحواره هایی مانند انزوای اجتماعی، شکست، وابستگی، بازداری هیجانی، بدبینی، محرومیت هیجانی، ایثار، تنبیه، معیارهای سرسختانه و آسیب پذیری نسبت به ضرر در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با گروه کنترل تعیین شده اند [۱۶].

خودکشی یک روند پیچیده ی زیستی روانی اجتماعی است که شامل افکار خودکشی گرایانه، برنامه ها، قصد و اقدام به خودکشی می باشد[۱۴]. یکی از مشکلات عمده در نظام سلامت در تمام جهان، خودکشی است. افکار خودکشی، نقشه خودکشی و اقدام به خودکشیاز مسائل مهم هستند. خودکشی بعد از تصادفات و قتل، سومین عامل تجربه مرگ در نوجوانان و جوانان (۱۵ تا ۲۵ سال) است[۱۷]. سازمان

1 Affective disorder
2 Major Depressive Disorder
3 Bipolar disorder

بهداشت جهانی برآورد می کند که نرخ سن استاندارد شده ی خودکشی در جهان در سال ۲۰۱۲، ۱۱/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است. بیشتر خودکشی ها در افراد مبتلا به بیماری های روانی اتفاق می افتد[۸]. در کشورهای با درآمد بالا نرخ خودکشی در مردان حدود سه برابر زنان است و ریسک فاکتورهای عمده شامل سابقه ی خودجرحی، افسردگی، سوء مصرف مواد، بیماری جسمانی، موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و روابط از هم پاشیده می باشند. افراد با مشکلات سلامت روانی اساسا خطر خودکشی و خودجرحی بالاتری نسبت به افرادی که در جمعیت عمومی یافت می شوند دارند[۱۸]. حدود نیمی از افرادی که دست به خودکشی می زنند، هنگام مرگ خود به اختلال افسردگی اساسی و یا اختلال دوقطبی مبتلا هستند و نسبت معناداری از بیماران مبتلا به اختلالات خلقی اساسی بوسیله ی خودکشی جان خود را از دست می دهند که آنها را به یک جمعیت هدف کلیدی جهت جلوگیری از اقدام به خودکشی تبدیل می کند[۵]. نتایج پژوهش [۱۱] با موضوع " تفاوت در نرخ خودکشی میان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I و II و افراد مبتلا به افسردگی ماژور " نشان داد، تراکم نرخ خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بالاتر از بیماران مبتلا به افسردگی ماژور میباشد.

در این پژوهش با بررسی مقایسه ی پنج حیطه ی طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، بیماران افسرده تک قطبی و افراد عادی، به بررسی این تفاوت ها در سه گروه مذکور پرداخته می شود. لذا از این طریق سعی بر آن است تا به این سوال پاسخ داده شود که آیا از منظر پنج حیطه طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری بین ۳ گروه بیماران دوقطبی، افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد یا خیر؟ و همچنین با بررسی چگونگی تفاوت ها بین این سه گروه، بینش مناسبی در این زمینه فراهم آورد. همچنین از آنجائیکه خودکشی یکی از دلایل مرگ و میر در جهان است و هر روزه به میزان آن افزوده می شود، لذا هدف دوم این پژوهش مقایسه افکار خودکشی در سه گروه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، بیماران افسرده تک قطبی و افراد عادی می باشد.

روش

هدف از این پژوهش مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار خودکشی در سه گروه بیماران دو قطبی، بیماران افسرده تک‌قطبی و افراد عادی بود. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و ازنظر روش شناسی در زمره پژوهشهای توصیفی از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل سه گروه از افراد به شرح زیر است: بیماران دوقطبی، بیماران افسرده و افراد عادی. افراد نمونه ی پژوهش، بیماران دارای اختلال دوقطبی که در مراکز درمانی روانپزشکی استان تهران بستری بودند. بیماران دارای اختلال خلقی (افسردگی اساسی) که بصورت سرپایی به مطب ها یا کلینیک های روانپزشکی شهر تهران (۱۳۹۷) مراجعه می کردند و تحت نظر روانپزشک در حال دریافت دارو و درمان بودند. افراد عادی این پژوهش از بین افراد در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه برداری غیرتصادفی و هدفمند بوده است. جهت اجرای پژوهش حاضر از بین بیماران دوقطبی بستری در مرکز توانبخشی و نگهداری بیماران روانی مزمن سرای احسان که تشخیص روانپزشک دریافت کرده بودند، چهل نفر به صورت غیر تصادفی و هدفمند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت از این مرکز و بیماران، پرسشگر جهت تکمیل پرسشنامه ها سوالات را از بیماران پرسیده و وارد پرسشنامه کرد. بیماران افسرده از بین مراجعان سرپایی به کلینیک ها، مراکز درمانی و مطب های روانپزشکی شهر تهران انتخاب شدند. این افراد طبق تشخیص روانپزشک به افسردگی اساسی مبتلا بودند. این افراد نیز پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ و افکار خودکشی بک را دریافت کردند. لازم به ذکر است که افراد دو گروه مذکور دارای عقب ماندگی ذهنی، اختلال شخصیت، سایکور و دیگر اختلالات روانی نبودند. افراد عادی هیچگونه سابقه ی تشخیص بیماری روانی، دریافت دارو و یا بستری نداشتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه طرحواره های ناسازگار یانگ: پرسشنامه طرحواره یانگ شامل ۷۵ گویه است که برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ی ناسازگار اولیه ساخته است. این طرحواره ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، طردشدگی، بی اعتمادی و بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص و شرم، بی کفایتی و وابستگی، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته، اطاعت، ایثار و فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه، استحقاق، خودکنترلی ناکافی و شکست. هر پرسش نامه بر اساس مقیاس شش درجه ای نمره گذاری می شود و هر پنج پرسش یک طرحواره را می سنجد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بیشتر از ۲ باشد، آن طرحواره ناکارآمد است. در محاسبه پایایی با استفاده از روش بازآزمایی، ضرایب همبستگی برای خرده مقیاس ها در دامنه ۶۰٪ تا ۸۵٪ به دست آمد. پایایی آزمون از طریق همسانی درونی در دامنه ۷۱٪ تا ۹۰٪ همسانی بالایی دارد. برای بررسی روایی پرسشنامه از روایی ملاک و سازه استفاده شد که طی آن مطابقت زیادی بین ساختار نظری خرده مقیاس ها و نتایج عاملی روایی پرسشنامه مشاهده شد[۱۹].

مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک: مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (BSSI) در سال ۱۹۷۴ توسط بک و همکاران طراحی شد و حاوی ۱۹ پرسش سه گزینه ای است که برای آشکارسازی، سنجش نگرش و برنامه ریزی برای اقدام به خودکشی و عوامل تشکیل دهنده ی

آن مانندآرزوی مرگ، تمایل به خودکشی فعال و غیر فعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، میزان کنترل خود، عوامل بازدارنده و آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی ساخته شده است. پرسش ها دارای سه گزینه "هیچ "، "تا اندازه ای " و "زیاد " هستند. در این پرسشنامه ۵ پرسش غربالگری نیز گنجانده شده است. در صورتی که پاسخگو به این پرسش ها، پاسخ مثبت (۱ یا ۲) دهد، لازم است ۱۴ پرسش باقیمانده را پاسخ دهد، در غیر اینصورت نیازی به ادامه پاسخگویی نیست. در مجموع نمرات مقیاس از صفر تا ۳۸ در نوسان خواهد بود. اعتبار و پایایی این مقیاس در پژوهش های گوناگون تایید شده است. برای مثال، ضریب پایایی و ضریب پایایی بین ارزیابان آن به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۹ برآورد شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ برآورد شده است[۲۰].

یافته ها

جدول ۱: یافته های جمعیت شناختی پاسخ دهندگان به تفکیک گروه

گروه	وضعیت تأهل	فراوانی	درصد فراوانی	سن	فراوانی	درصد فراوانی
دوقطبی	مجرد	۲۴	۶۰	۲۰-۳۰	۵	۱۲.۵
	متاهل	۷	۱۷.۵	۳۱-۴۰	۱۱	۲۷.۵
	مطلقه	۹	۲۲.۵	۴۱-۵۰	۲۴	۶۰
افسرده ماژور	مجرد	۱۶	۴۰	۲۰-۳۰	۱۱	۲۷.۵
	متأهل	۲۲	۵۵	۳۱-۴۰	۲۵	۶۲.۵
	مطلقه	۲	۵	۴۱-۵۰	۴	۱۰
افراد عادی	مجرد	۶	۱۵	۲۰-۳۰	۳	۷.۵
	متأهل	۳۴	۸۵	۳۱-۴۰	۲۴	۶۰
	مطلقه	۰	۰	۴۱-۵۰	۱۳	۳۲.۵

فرضیه اول: حیطه های طرحواره های ناسازگار در بیماران دوقطبی، بیماران افسرده یک قطبی و افراد عادی تفاوت دارد.

جهت بررسی فرضیه ها ابتدا مفروضه ها بررسی شد. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس‌ها نشان داد به لحاظ آماری این آزمون با (Box's M= ۶/۷۲۹ ،P= ۰/۰۹۲) با ۹۹ درصد اطمینان (P≤ ۰/۰۱) معنادار نیست. این نتیجه حاکی از آن است که ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته در سطوح متغیر مستقل (گروه دوقطبی، افسرده ماژور و افراد عادی) برابرند. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد این آزمون برای متغیرهای وابسته بریدگی و طرد (P=۰/۰۵۴)، خودگرانی و عملکرد مختل (P=۰/۷۴۶)، حدودیت های مختل (P=۰/۳۵۱)، دیگر جهت مندی (P=۰/۲۹۴)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (P=۰/۳۵۶)، ازنظر آماری با ۹۵ درصد اطمینان (P≤ ۰/۰۵) معنادار نیست که نشان‌دهنده برابری واریانس خطا در گروه‌های پژوهش است. آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی تفاوت بین متغیرهای مستقل در گروه‌ها نشان داد با (P= ۰/۰۰۲ و F= ۲/۹۴) این آزمون معنادار است، به این معنا که بین سه گروه ازنظر ترکیب متغیر وابسته با ۹۹ درصد اطمینان (P≤۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد که بر اساس این نتایج ۱۱٪ از کل واریانس توسط متغیر مستقل پیش‌بینی‌شده است.

در این بخش مجموع مجذورات، درجات آزادی، میانگین مجذورات، مقادیر F، سطح معناداری برای هر متغیر وابسته به‌صورت جداگانه ارائه شد.

جدول ۲: مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها

مولفه ها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۱.۲۱۷	۲	۰.۶۰۸	۰.۹۴۰	۰.۳۹۳
دیگر جهت مندی	۲.۳۷۹	۲	۱.۱۹۰	۱.۹۰۹	۰.۱۵۳
محدودیت های مختل	۴.۲۱۳	۲	۲.۱۰۶	۳.۹۸۰	۰.۰۲۱
خودگرانی و عملکرد مختل	۵.۴۸۹	۲	۲.۷۴۴	۴.۹۵۸	۰.۰۰۹
بریدگی و طرد	۳.۹۰۶	۲	۱.۹۵۳	۴.۷۹۴	۰.۰۱

همان‌طور که از نتایج جدول (۲) مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری مشاهده شد در بین پنج حیطه مربوط به طرحواره های ناسازگار اولیه بین متغیرهای محدودیت های مختل (P=۰/۰۲۱)، خودگرانی و عملکرد مختل (P=۰/۰۰۹) و بریدگی و طرد (P=۰/۰۱۰) در سه گروه دوقطبی، افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت ازنظر آماری با ۹۵ درصد اطمینان (P≤ ۰/۰۵) معنادار می‌باشد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد میانگین متغیر محدودیت های مختل در گروه افسرده ماژور دارای بیشترین مقدار خود می باشد (۲.۸۸) و پس از آن به ترتیب در گروه افراد عادی (۲.۵۲) و دوقطبی (۲.۴۶) دارای بیشترین مقدار است. همچنین متغیر خودگرانی و عملکرد مختل در گروه افسرده ماژور دارای بیشترین مقدار خود می باشد (۲.۳۲) و پس از آن به ترتیب در گروه دوقطبی (۱.۹۰) و افراد عادی (۱.۸۴) دارای بیشترین مقدار است. در زمینه متغیر بریدگی و طرد، افراد افسرده ماژور دارای بالاترین میانگین (۲.۳۶) و بعد از آن افراد دوقطبی دارای میانگین ۲.۳۴ و افراد عادی دارای میانگین ۱.۹۷ می باشند که این تفاوتها از نظر آماری معنادار بودند.

فرضیه دوم: افکار خودکشی در بیماران دوقطبی، بیماران افسرده یک قطبی و افراد عادی تفاوت دارد.

به منظور بررسی وضعیت متغیر افکار خودکشی در بین سه گروه بیماران دوقطبی، بیماران افسرده یک قطبی و افراد عادی از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. در این آزمون به بررسی معناداری تفاوت این شاخص در سه گروه مذکور پرداخته میشود که نتایج آن در جدول ۷ و ۸ ارائه شده است. لذا با توجه به مقدار معناداری بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس که معادل ۰.۰۰۱ و آماره F که معادل ۷.۴۵۴ می باشد میتوان نتیجه گرفت فرض صفر رد شده و فرض خلاف مبنی بر وجود تفاوت معنادار میان گروه های مختلف در زمینه متغیر افکار خودکشی مورد تایید قرار میگیرد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه شاخص افکار خودکشی در گروه های مختلف تحقیق

متغیر	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig
مقادیر بین گروه ها	۴.۹۹۳	۲	۲.۴۹۷	۷.۴۵۴	۰.۰۰۱
مقادیر درون گروهی	۳۹.۱۸۶	۱۱۷	۰.۳۳۵		
مقادیر کل	۴۴.۱۸۰	۱۱۹			

به منظور بررسی دقیق تر اختلاف میانگین افکار خودکشی در سه گروه تحقیق، مقایسه چندگانه بین گروه های سه گانه صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۸ قابل مشاهده می باشد. طبق نتایج، با توجه به مقدار معناداری مربوط به اختلاف بین گروه بیماران دوقطبی و بیماران افسرده ماژور که ۰.۳۴۵ می باشد می توان گفت که این اختلاف از نظر آماری معنادار نمی باشد. با مقایسه گروه بیماران دوقطبی و افراد عادی مشاهده می شود که مقدار معناداری اختلاف این دو گروه از نظر شاخص افکار خودکشی ۰.۰۴۵ می باشد که با توجه به اینکه کمتر از ۰.۰۵ است می توان ادعا نمود که این اختلاف معنادار می باشد همچنین از مقدار اختلاف میانگین ارائه شده می توان گفت که بیماران دوقطبی در میانگین شاخص افکار خودکشی دارای مقدار ۰.۳۱ بیشتر از گروه افراد عادی می باشند. همچنین در بررسی اختلاف میانگین افکار خودکشی در گروه افسرده ماژور و افراد عادی، با توجه به مقدار معناداری ۰.۰۰۱ که کمتر از ۰.۰۵ می باشد می توان گفت که این اختلاف معنادار می باشد و با مشاهده مقدار اختلاف که برابر ۰.۴۹ است واضح است که میانگین شاخص افکار خودکشی در گروه بیماران افسرده ماژور دارای مقدار بیشتری به اندازه ۰.۴۹ می باشد.

نتیجه گیری

یافته های آماری نشـــان داد که در ســـه حوزه ی محدودیت های مختل، عملکرد مختل و بریدگی و طرد بین ســـه گروه بیماران دوقطبی، بیماران افسرده تک قطبی و افراد عادی، تفاوت معنادار وجود دارد.بیمارانی که طرحواره هایشان در حوزه ی محدودیت های مختل قرار دارد در خصوص خویشتن داری به کنترل کافی نرسیده اند، آنها به سختی می توانند تکانه های کوتاه مدت خود را برای رسیدن به اهداف بلند مدت کنترل کنند. همانطور که در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی مشـــاهده می کنیم، این افراد قادر به کنترل تکلنه های خود نبوده و دست به انجام فعالیت های بی پروا مانند سرمایه گذاری های تجاری احمقانه، روابط جنسی بی پروا و ولخرجی می زنند. به علاوه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تنها در دوره ی مشخصی (فاز شیدایی) دست به فعالیت های معطوف به هدف می زنند و با رو به کاهش گذاشتن فاز شیدایی از هدف خود دست می کشند، لذا همانگونه که مشاهده می شود این بیماران در متعهد بودن و دستیابی به اهداف بلند مدت که از خصیصه های حوزه ی محدودیت های مختل است، دچار مشکل می شوند.

بیمارانی که طرحواره هایشـــان در حوزه ی خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد، در انجام کارهای خود نمیتوانند مســـتقلانه عمل کنند و نیازمند حمایت دیگران هستند، بیشتر افراد افسرده، در انجام فعالیت های روزانه با مشکل مواجه هستند. همانطور که از دیدگاه رویکرد روانپویشی عامل دخیل در افسردگی فقدان یا از دست دادن ابژه و همینطور عدم شکل گیری رابطه ی صحیح بین نوزاد و ابژه است، افرادی که در این حوزه قرار می گیرند در دوران کودکی در حمایت از آنها افراط و تفریط اعمال شـــده اســـت، بدین گونه به اعتماد به نفس کودک لطمه وارد شده است. این افراد نمیتوانند هویت مستقلی به دست آورند؛ که خود میتواند توجیه گر شکست های مکرر افراد افسرده و همچنین دوره های افسردگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، در دستیابی به هویت و استقلال باشد.

افرادی که طرحواره هایشان در حوزه ی بریدگی و طرد قرار دارد معمولا خانواده هایی طرد کننده داشته اند که موجب شکل گیری نقص وشرم در آنها شده است. این افراد غالبا احساس حقارت و بی ارزشی می کنند، احساسی که به کرات در افراد افسرده دیده می شود که خود می تاند دلیلی بر بالاتر بودن میانگین افراد افســـرده در بین ســـه گروه تحقیق باشـــد. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در برقراری رابطه های متعهدانه و طولانی مدت با مشکلات زیادی روبه رو هستند، بیمارانی که طرحواره هایشان در حوزه ی بریدگی وطرد قرار می گیرد ترس از رهایی از جانب افراد مهم زندگیشان را دارند، چراکه که فکر میکنند نزدیکانشان آنها را از نظر هیجانی غیر قابل پیش بینی میدانند که این خود می تواند نشان از وجود سیکل های افسردگی و شیدایی و تغییر خلق و هیجانات این بیماران داشته باشد.

طبق یافته های آماری اختلاف بین گروه بیماران دوقطبی و بیماران افسرده ماژور از نظر آماری معنادار نمی باشد. با مقایسه گروه بیماران دوقطبی و افراد عادی می توان ادعا نمود که این اختلاف معنادار می باشـــد. می توان گفت افکار خودکشـــی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بیشتر از افراد عادی می باشد. همچنین در بررسی اختلاف میانگین افکار خودکشی در گروه افسرده ماژور و افراد عادی می توان گفت که این اختلاف معنادار می باشد.

افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از احساس بی ارزشی و گناه رنج میبرند. آنها نسبت به خود، دنیا و آینده بدبین هستند و به علت کندی روانی-حرکتی از انجام کارهای روزانه ی خود معذور هستند. آنها همچنین مشخصا از افکار مربوط به مرگ و حتی خودکشی رنج میبرند. مشخصات ذکر شده در دوره های افسردگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، بخصوص افراد مبتلا به هیپو مانیا، نیز پررنگ و قابل توجه است. همچنین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا دست به رفتارهای تکانشی می زنند و به علت افزایش تحریک پذیری امکان دارد دست به خودکشی بزنند یا افکار خودکشی داشته باشند. دلایل فوق الذکر می تواند همسانی افکار خودکشی در این دو گروه از بیماران را توجیه کند.

منابع

[۱] م. گنجی, آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5: تهران, ساوالان, ۱۳۹۲.

[۲] L. Hou, U. Heilbronner, F. Degenhardt, M. Adli, K. Akiyama, N. Akula, et al., "Genetic variants associated with response to lithium treatment in bipolar disorder: a genome-wide association study," The Lancet, vol. 387, pp. 1085-1093, 2016.

[۳] M. Koenders, E. Giltay, A. Spijker, E. Hoencamp, P. Spinhoven, and B. Elzinga, "Stressful life events in bipolar I and II disorder: cause or consequence of mood symptoms?," Journal of Affective Disorders, vol. 161, pp. 55-64, 2014.

[۴] A. R. Rosa, P. V. Magalhães, L. Czepielewski, M. V. Sulzbach, P. D. Goi, E. Vieta, et al., "Clinical staging in bipolar disorder: focus on cognition and functioning," The Journal of clinical psychiatry, vol. 75, pp ۴۵۶-۴۵۰ ,۲۰۱۴.

[۵] K. M. Holma, J. Haukka, K. Suominen, H. M. Valtonen, O. Mantere, T. K. Melartin, et al., "Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder," Bipolar Disorders, vol. 16, pp ۶۶۱-۶۵۲ ,۲۰۱۴.

[۶] ف. سهرابی, ا. دارابی, ن. راستگو, م. جلالوند, and ی. اعظمی, "نقش واسطه گری طرحواره های ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک های دلبستگی و افسردگی در دانشجویان," فرهنگ مشاوره و روان درمانی (فرهنگ مشاوره), vol. 7, pp. -, 1395.

[۷] س. غلامرضایی, م. یوسف وند, ف. غضنفری, and ع. ا. فرخزادیان, "اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانش آموزان دختر افسرده," آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی), vol. 10, pp. -, 1396.

[۸] D. T. Chung, C. J. Ryan, D. Hadzi-Pavlovic, S. P. Singh, C. Stanton, and M. M. Large, "Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis," JAMA psychiatry, vol. 74, pp. 694-702, 2017.

[۹] J. R. Vittengl and R. B. Jarrett, "Major depressive disorder",The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy, pp. 1131-1160, 2013.

[۱۰] M. H. Trivedi and T. L. Greer, "Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment," Journal of affective disorders, vol. 152, pp. 19-27, 2014.

[۱۱] E. Calvete, I. Orue, and B. Hankin, "A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents," Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, vol. 37, pp. 85-99, 20۱۵.

[۱۲] کیافر, جمیلیان, ش. علیایی, and خوانساری, "ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علایم بالینی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی با و بدون نمای سایکوتیک," مجله اصول بهداشت روانی, vol. 19, pp. 38-44, 2016.

[۱۳] ن. هنرپروران, ق. نظیری, and م. محمدنژاد, "اثربخشی رویکرد طرح واره درمانی به شیوه گروهی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده سال ۱۳۸۸," زن و جامعه (جامعه شناسی زنان), vol. 1, pp. -, 1389.

[۱۴] L. Santos, P. Vagos, and D. Rijo, "Dimensionality and measurement invariance of a brief form of the young schema questionnaire for adolescents," Journal of Child and Family Studies, vol. 27, pp. 2100-2111, 2018.

[۱۵] J. Alba, E. Calvete, L. Wante, M.-L. Van Beveren, and C. Braet, "Early maladaptive schemas as moderators of the association between bullying victimization and depressive symptoms in adolescents," Cognitive Therapy and Research, vol. 42, pp. 24-35, 2018.

[۱۶] S. Özdin, G. Sarisoy, A. R. Şahin, A. C. Arik, H. Özyıldız Güz, Ö. Böke, et al., "Early maladaptive schemas in patients with bipolar and unipolar disorder," International journal of psychiatry in clinical practice, vol. 22, pp. 151-156, 2018.

[۱۷] ع. پور, ذ. اله, خ. مهر, رجبی, ع. پور, عطاری, et al., "اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری خانواده-محور و راه‌حل-محور بر افکار خودکشی‌گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی," مشاوره و روان درمانی خانواده, vol. 4, pp. 185-227, 2014.

[۱۸] J. M. Bolton, D. Gunnell, and G. Turecki, "Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness," Bmj, vol. 351, p. h4978, 2015.

[۱۹] س. اورنگ, ه. هاشمی رزینی, and م. عبدالهی, "بررسی رابطه طرح واره های ناسازگار اولیه با معنای زندگی و بهزیستی روان شناختی سالمندان," سالمند, vol. 12, pp. -, 1396.

[۲۰] ن. میکاییلی, پ. مولوی, س. عینی, and ر. تقوی, "اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس سانحه," طب جانباز, 1396 ,- .vol. 9, pp.