

اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتار های خود آسیب رسان و افکار خود کشی در نوجوانان افسرده

مژگان احمدی^۱، ناصر صبحی قراملکی^۲

^۱کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آیت الله آملی، آمل، ایران

^۲دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

نویسنده مسئول:

مژگان احمدی

شماره ۲۴ / تابستان ۱۴۰۰ / ص ۹۵-۱۰۵
مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال هفتم)

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتار های خود آسیب رسان و افکار خود کشی در نوجوانان افسرده بود. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان افسرده مراجعه کننده به کلینیک نوبهار شهر آمل در سال ۱۳۹۹، به تعداد ۸۰ نفر خواهد بود. از بین جامعه آماری براساس جدول مورگان و روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه مرحله اول انتخاب شدند، سپس با استفاده از پرسشنامه خود آسیب رسانی سانسون و همکاران و پرسشنامه افکار خودکشی بک برای همه آنها آزمون غربالگری اجرا شد. و با توجه به نقطه برش تعیین شده از میان افراد واجد شرایط ۳۰ نفر به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر)، سپس به طور تصادفی یک گروه به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه افکار خودکشی بک، پرسشنامه خود آسیب رسانی سانسون و همکاران و پرسشنامه افسردگی بک بود. در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغییری و اندازه اثر) با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. نتایج به دست آمده از پژوهش بیانگر آن است که، طرحواره درمانی بر رفتار های خود آسیب رسان و افکار خود کشی در نوجوانان افسرده تأثیر مثبت داشت.

کلیدواژه: افکار خود کشی، طرحواره درمانی، رفتار های خود آسیب رسان، نوجوانان افسرده.

مقدمه

اختلال افسردگی از قدیمی ترین و شایع ترین انواع اختلالات روانی می باشد. افسردگی یک اختلال عودکننده است و حدود ۴۰ درصد کودکان و نوجوانان یک دوره دوم افسردگی را در طی ۲ سال بعد و حدود ۷۵ درصد طی ۵ سال بعدی تجربه می کنند و اغلب موارد افسردگی عودکننده در بزرگسالان دارای شروع درحین نوجوانی است (رینک، دتلیوو آرتورو^۱، ۲۰۱۹). آن دسته از افرادی که در دوره ی نوجوانی و جوانی به بیماری افسردگی مبتلا شده اند آمادگی بیشتری برای افسرده شدن مجدد را دارند ولی ممکن است در دوره ی بلوغ و نوجوانی به افسردگی آنان توجه کمتری شده باشد (هارینگتون^۲، ۲۰۱۸). افسردگی جزء اختلالات عاطفی یا اختلالات خلقی قرار داده می شود و نوجوان مبتلا به این اختلال دچار آشفتگی فکری، عاطفی، رفتاری و حتی بیماری های جسمانی می گردد (مش و وولف^۳، ۱۳۹۹). در کودکان و نوجوانان افسردگی با ویژگی های بالینی مانند: تحریک پذیری، کم خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز، کندی یا تندى روانی - حرکتی تقریباً هر روز، کاهش توانایی برای تفکر و تمرکز، بلاتصمیمی، افکار تکرارشونده، خودکشی اطلاق می شود (کوپر و گودیر^۴، ۲۰۱۳).

همچنین در سال های اخیر در درمان ها و پیشگیری از افسردگی نوجوانان، انواع روان درمانی ها توجه زیادی را به خود معطوف کرده است که از این میان می توان به طرحواره درمانی اشاره کرد. طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی- رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب های شناختی- رفتاری، دلبستگی، روابط شی، گشتالت، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است (کلوگ و یانگ^۵، ۲۰۱۶). مفهوم کلیدی این رویکرد طرحواره های ناسازگار اولیه است (سمپترگوی، کارمن، آرنتز و بکر^۶، ۲۰۱۳). طرحواره درمانی به عمیقترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می دهد و با بهره گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره های مذکور یاری می دهد (یانگ، کلووسکو و ویشار^۷، ۲۰۱۴). هدف اولیه ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره ها و سبک های مقابله ای است (پاپالیا، گراس و فلدمن^۸، ۲۰۱۹). ملوگیانیس^۹ و همکاران (۲۰۱۴) یک پروتکل طولانی تر طرحواره درمانی را بر روی بیماران افسرده مزمن اجرا کرده اند، که در این طرح نشانه های افسردگی تقریباً ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده است. همچنین از متغیرهای پژوهش که می تواند تحت تاثیر آموزش طرحواره درمانی قرار گیرید، رفتار های خودآسیب رسان^{۱۰} و افکار خود کشی می باشد. خودآسیب رسانی^{۱۱} روشی نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، خشم و ناکامی است. اگرچه این رفتار ابتدا باعث کاهش تنش و احساس آرامش می شود، فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت احساسات منفی روبه رو می شود. خودآسیب رسانی بیشتر تکانشی است و ممکن است ناشی از مشکلات روانپزشکی مختلفی، مانند افسردگی، اختلالات خوردن و اختلال شخصیت مرزی باشد (زاده محمدی، احمد آبادی و حیدری، ۱۳۹۵). خودآسیب رسانی و اقدام به خودکشی از جمله مشکلات روانی- اجتماعی هستند که در دوره نوجوانی شیوع بالایی دارند (شوشتری و خانی پور، ۱۳۹۳).

از طرف دیگر، محققان پیشنهاد کرده اند که سبب شناسی خودکشی در نوجوانان به دلیل این که این مرحله از زندگی با تغییرات سریع، نظیر تغییر در ساخت خانوادگی، ترک خانواده، افزایش دسرسی به مواد و الکل، مشکلات اجتماعی، مالی و تحصیلی همراه هست، از سایر سنین بیشتر است (هان^{۱۲}، ۲۰۱۶). این پدیده علاوه بر زیان های شخصی و خانوادگی، یک زیان اجتماعی هم شمرده می شود. در بسیاری از فرهنگ ها، خودکشی عملی ننگین، گناه آلود، شرم آور و نشانه ی رفتارهای خودخواهانه یا فریبکارانه تلقی می شود (مرادی، مرادی و مصطفوی، ۱۳۹۷). در همین راستا هریس (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داد که طرحواره های منفی میان علایم افسردگی و سبک های والدینی میانجیگری می کند. همچنین لاول و اسموک^{۱۳} (۲۰۱۵) طی یک مطالعه اثر طرح واره درمانی بیماران با افسردگی مزمن بررسی شد دوازده بیمار طی ۶۳ جلسه آزمون مداخله ای و با ۶ ماه پیگیری نهایی در آیین آزمون شرکت کردند در پایان درمان هفت بیمار (۶۳)

1. Reinecke, Dattilio, Artuor

2. Harrington

3. Mesh & Woolf

4. Cooper, Goodyer

5. Kellogg & Young

6. Sempértegui, Karreman, Arntz, Bekker

7. Yang, Kolosco & Vishar

1. Papalia, Gross & Feldman

2. Malogiannis

3. Self-Corruption

4. Self-Corruption

5. Han

6. Lavelle, Smock

درصد) به صورت کامل یا رضایت بخش نسبت به درمان پاسخ دادند. تاثیر درمان به صورت پایدار پس از شش ماه نیز ادامه داشت. هاوک و پروونچر^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان طرحواره درمانی در اختلالات خلقی و اضطراب، نشان داد طرحواره درمانی برای این طیف از اختلالات به ویژه بیمارانی که دچار افسردگی بودند، بسیار مفید بوده است. با در نظر گرفتن اهمیت موضوع و عوارض خود آسیب رسانی و افکار خود کشی بر زندگی افراد، خصوصاً نوجوانان افسرده، پژوهش حاضر جهت پاسخگویی به این پرسش است که رویکرد طرحواره درمانی بر رفتار های خود آسیب رسان و افکار خود کشی در نوجوانان افسرده تاثیر دارد؟

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. روش نیمه آزمایشی یکی از مجموعه روش های پژوهشی است که به منظور پیدا کردن روابط علت و معلولی بین دو یا چند متغیر به کار برده می شود (دلاور، ۱۳۹۸).

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان افسرده مراجعه کننده به کلینیک نوبهار شهر آمل در سال ۱۳۹۹، به تعداد ۸۰ نفر خواهد بود. از بین جامعه آماری براساس جدول مورگان و روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه مرحله اول انتخاب شدند، سپس با استفاده از پرسشنامه خود آسیب رسانی سانسون و همکاران و پرسشنامه افکار خودکشی بک برای همه آنها آزمون غربالگری اجرا شد. و با توجه به نقطه برش تعیین شده از میان افراد واجد شرایط ۳۰ نفر به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر)، سپس به طور تصادفی یک گروه به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI): پرسشنامه افکار خودکشی بک در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ ماده می باشد. سوالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می دهد. در آزمون افکار خودکشی بک پنج سوال وجود دارد که سوالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سوال بعدی را نیز ادامه دهد. همچنین پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) ترکیبی از سه عامل می باشد: تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی. ارزیابی افکار خودکشی در فرد براساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳)، دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود. کیخاونی و همکاران (۱۳۹۲) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرائب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آوردند. در تحقیق حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه خود آسیب رسانی: این ابزار توسط سانسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده و از ۲۲ سوال تشکیل شده است که رفتارهای خود آسیب رسانی مستقیم و غیرمستقیم را مورد بررسی قرار می دهد. این ابزار رفتارهای خود آسیب رسانی مستقیم (یعنی بریدن، سوزاندن، اقدام به خودکشی و سایر موارد) که توأم با آسیب فوری به بافت هستند را به همراه رفتارهای خود آسیب رسانی غیر مستقیم (یعنی سوء مصرف داروهای غیر قانونی، رانندگی پرخطر، رفتارهای جنسی پرخطر و...) را مورد سنجش قرار می دهد. نمره بالا نشان دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خود آسیب رسانی است. نمره گذاری به صورت بلی/خیر است. مطالعات مختلف از روایی و پایایی این ابزار حمایت کرده اند (سانسون و همکاران، ۱۹۹۶). در چندین پژوهش تاکنون از این ابزار برای اندازه گیری خودآسیب رسانی مستقیم و غیر مستقیم استفاده شده است و شواهد درباره ویژگی های روانسنجی آن قابل قبول بوده است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ جرمین و هولی، ۲۰۱۲). همچنین در مطالعه حسن زاده (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد. در تحقیق حاضر، آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسشنامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (بک، ۱۹۹۸). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به این شرح بود: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴، (فتی و بیرشک، ۲۰۰۳).

پکیج آموزشی طرحواره درمانی

پروتکل مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل ۸ جلسه است و برگرفته از کتاب طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)، ترجمه حمید پور و اندوز، (۱۳۹۳) می باشد. جلسات به ترتیب شامل موارد زیر بود.

جدول (۱) سرفصل جلسات پکیج طرحواره درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه؛ برقراری ارتباط، معرفی پژوهشگر و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره، گرفتن تعهد از اعضا جهت همکاری تا پایان دوره، سنجش تناسب برای طرحواره درمانی، تمرکز بر تاریخچه ی زندگی، اجرای پیش آزمون و در پایان ارائه تکلیف.
دوم	آموزش درمورد طرحواره و سبک های مقابله ای؛ آشنایی با طرحواره های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن ها، توضیح سبک های مقابله ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره ها و در پایان ارائه تکلیف.
سوم	استفاده از راهبردهای شناختی؛ ارائه منطق تکنیک های شناختی و استعاره جنگ، بررسی تکالیف اعضا، استفاده از سبک درمانی مواجهه سازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره و در پایان ارائه تکلیف.
چهارم	استفاده از تکنیک های شناختی؛ ارزیابی مزایا و معایب سبک ها و پاسخ های مقابله ای، برقراری گفت و گو بین دیدگاه طرحواره و دیدگاه سالم، استفاده از ایفای نقش، آموزش تدوین ساخت کارت های آموزشی، و در پایان ارائه تکلیف.
پنجم	راهبردهای تجربی؛ ارائه منطق تکنیک های تجربی و اهداف آن، تصویر سازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، گفت و گوی خیالی با والدین و در پایان ارائه تکلیف.
ششم	الگوشکنی رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه قبل و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق تکنیک های رفتاری، بیان هدف تکنیک های رفتاری، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه ی راه هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار و در پایان ارائه تکلیف.
هفتم	تکنیک های رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه گذشته و گرفتن بازخورد، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و در پایان ارائه تکلیف.
هشتم	جمع بندی مطالب گذشته؛ بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه ی خلاصه جلسات قبل، جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه ی پس آزمون ها، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات.

روش تجزیه تحلیل آماری

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیری و اندازه اثر) با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته های پژوهش

جدول (۲) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در بعد و قبل از درمان

پس آزمون		پیش آزمون		گروه ها متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲/۲۶	۱۶/۵۳	۲/۱۶	۱۶/۵۳	کنترل	رفتارهای خودآسیب
۱/۰۶	۷/۵۳	۱/۴۸	۱۶/۹۳	آزمایش	رسان
۴/۲۸	۱۸/۷۳	۴/۴۰	۱۸/۶۰	کنترل	افکار خودکشی
۱/۹۵	۵/۳۳	۲/۳۱	۱۹/۹۳	آزمایش	

همان طور که جدول (۲) نشان می دهد، میانگین رفتارهای خود آسب رسان و افکار خود کشی در نوجوانان افسرده در بعد از آموزش طرحواره درمانی بهتر از قبل آموزش طرحواره درمانی می باشد.

جدول (۳) نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیرهای وابسته		
سطح معناداری	مقدار آزمون	
۰/۴۹	۰/۸۳	رفتارهای خودآسیب رسان (قبل)
۰/۱۰	۲۲/۱	رفتارهای خودآسیب رسان (بعد)
۰/۶۲	۷۵/۰	افکار خودکشی (قبل)
۰/۶۴	۰/۷۳	افکار خودکشی (بعد)

مطابق جدول (۳) همان گونه که ملاحظه می شود در این آزمون، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق بزرگتر از سطح خطا ۰.۰۵ می باشد.

جدول (۴) نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های گروه ها در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	آماره f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
رفتارهای خودآسیب رسان	۱/۱۳	۲	۴۲	۰/۳۳
افکار خودکشی	۱/۷۶	۲	۴۲	۰/۱۸

با توجه به جدول (۴) بدست آمده معنی دار نیست. بنابراین تساوی واریانس ها برقرار است و اجرای کوواریانس امکان پذیر است.

جدول (۵) نتایج آزمون رگرسیون در مورد پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای مورد مطالعه در گروه های پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معنی داری
رفتارهای خودآسیب رسان	۱۲/۰۱	۳	۴/۰۳	۲/۸۳	۰/۰۵۲
افکار خودکشی	۴۷/۷۵	۳	۱۵/۹۱	۱/۳۹	۰/۲۶

با توجه به داده های جدول (۵)، اثر متقابل بین پیش آزمون و گروه معنی دار نیست. معنی دار نبودن اثر متقابل نشان می دهد که داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند.

جدول (۶) خلاصه تحلیل کواریانس تأثیر طرحواره درمانی بر رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان افسرده در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴۳/۵۲	۱	۴۳/۵۲	۲۰/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲
گروه	۴۳۵/۶۲	۱	۴۳۵/۶۲	۲۰۳/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۸۸
خطا	۵۷/۹۳	۲۷	۲/۱۴			
کل	۵۴۵۳	۳۰				

همان طوری که ملاحظه می‌شود. ($F(1, 27) = 203/006, p = 0/000, \eta^2 = 0/88$) نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. اندازه اثر برابر ۰/۸۸ حاکی از این است که ۸۸ درصد از بهبود رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان افسرده گروه آزمایش را می‌توان به تأثیر طرحواره درمانی نسبت داد.

جدول (۷) مقایسه زوجی رفتارهای خود آسیب رسان در گروه درمان مثبت گرا با گروه کنترل

متغیر	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
رفتارهای (بعد از مداخله)	۷/۶۶	۰/۵۳	۰/۰۰۰	۶/۵۶	۸/۷۷
کنترل	آزمایش	کنترل	۰/۵۳	-۸/۷۷	-۶/۵۶

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که، بین میانگین رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان افسرده گروه کنترل و آزمایش در بعد از طرحواره درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد. اختلاف میانگین‌ها بیانگر تأثیر طرحواره درمانی بر رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان افسرده گروه آزمایش می‌باشد ($p < 0/05$).

جدول (۸) خلاصه تحلیل کواریانس تأثیر طرحواره درمانی بر افکار خودکشی در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴/۴۹	۱	۴/۴۹	۰/۴۰	۰/۵۳	۰/۰۱۵
گروه	۸۴۵/۲۸	۱	۸۴۵/۲۸	۷۵/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۷۳
خطا	۳۰۳/۳۷	۲۷	۱۱/۲۳			
کل	۶۵۴۸	۳۰				

همان طوری که ملاحظه می‌شود. ($F(1, 27) = 75/23, p = 0/000, \eta^2 = 0/73$) نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. اندازه اثر برابر ۰/۷۳ حاکی از این است که ۷۳ درصد از بهبود افکار خودکشی نوجوانان افسرده گروه آزمایش را می‌توان به تأثیر درمان طرحواره درمانی نسبت داد.

جدول (۹) مقایسه زوجی افکار خودکشی در گروه درمان طرحواره درمانی با گروه کنترل

متغیر	اختلاف میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
افکار خودکشی (بعد از مداخله)	۱۳/۷۳	۱/۲۱	۰/۰۰۰	۱۱/۲۴	۱۶/۲۳
آزمایش کنترل	۱۳/۷۳	۱/۲۱	۰/۰۰۰	۱۶/۲۳	۱۱/۲۴
کنترل آزمایش	۱۳/۷۳	۱/۲۱	۰/۰۰۰	۱۶/۲۳	۱۱/۲۴

نتایج آزمون بن فرونی نشان می دهد که، بین میانگین افکار خودکشی نوجوانان افسرده گروه کنترل و آزمایش در بعد از درمان طرحواره درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد. اختلاف میانگین ها بیانگر تأثیر درمان طرحواره درمانی بر افکار خودکشی نوجوانان افسرده گروه آزمایش می باشد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که آموزش طرحواره درمانی بر رفتار های خود آسیب رسان در نوجوانان افسرده موثر است. در همین راستا قوتی (۱۳۹۸) در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی به صورت گروهی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی و بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه دختران، نشان داد که روش آموزش گروهی طرحواره درمانی، بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی و بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه تاثیر دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که، طرحواره درمانی به جای اینکه اختلالات روانشناختی را امری غیرعادی بداند، با عادی تلقی کردن آنها، سعی می کند به تغییر و اصلاح جنبه های ناکارآمد و ناسازگارانه آنها بپردازد و نقش مؤثری در سلامت روان و به طور کلی کیفیت زندگی افراد داشته باشد. تکنیک های رفتاری طرحواره درمانی به مراجعان کمک می کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره (خودآسیب رسان)، سبک مقابله سالمتری را جانشین سازند. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری نیز باعث فاصله گرفتن از سبک های مقابله ای اجتناب، جبران افراطی و تسلیم می شود. در این حالت درمانگر و بیمار، فهرستی از رفتارهای جدید تهیه می کنند و در مورد مزایا و معایب هریک از آنها به بحث و تبادل نظر می پردازند و آنگاه درباره چگونگی جانشین سازی رفتارهای سالم به جای رفتار های خود آسیب رسان به جمع بندی می رسند و سپس ترتیب هدف های رفتاری درمان را مشخص می کنند. مهمترین دلیل شکل گیری طرحواره های ناسازگار (مثل رفتار های خود آسیب رسان)، برطرف نشدن نیازهای هیجانی است که در آموزش گروهی، در هنگام ارتباط با درمانگر و سایر اعضای گروه تا حدودی برطرف شده و در نهایت فرد می آموزد این نیازها را در زندگی شخصی و در رابطه با افراد مهم زندگی خود چگونه برطرف کند (اکبری، پورشریفی و خانجانی، ۲۰۱۴). اتحاد درمانی عامل مهمی در ایجاد تغییرات درمانی است. درواقع اتحاد درمانی مثبت با درمانگر، تجربه هیجانی تصحیح کننده ای برای بیماران فراهم می آورد. بنابراین ممکن است یکی از دلیل درمان مؤثر باشد. اتحاد درمانی مثبت یک محیط راحت و امن ایجاد می کند که در آن، بیمار برای نزدیک شدن به عواطف و هیجانات ترسناک خود به اندازه کافی احساس ایمنی کند. محیط امن ناشی از اتحاد درمانی، می تواند به بیمار اجازه دهد که کمتر تدافعی برخورد کند و به ترس هایی که در حالت عادی به آنها فکر نمی کند، آگاهی پیدا کند. این محیط نه تنها به بیمار اجازه می دهد که به عواطف دردناک خود آگاهی پیدا کند، بلکه او را در انجام رفتارهای جدید حمایت می کند. در این محیط معمولاً با کمک درمانگر و سایر اعضای گروه نیازهای هیجانی فرد تقریباً برطرف شده و نوعی بازوالدینی انجام می گیرد (نوردال و نایستر، ۲۰۱۵).

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که آموزش طرحواره درمانی بر افکار خود کشی در نوجوانان افسرده موثر است. در همین راستا سالاری (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی طرحواره درمانی بر افسردگی و اعتماد به نفس نوجوانان دارای سوگ، نشان داد که طرحواره درمانی بر روی عزت نفس و افسردگی نوجوانان دارای سوگ مؤثر بود به طوری که عزت نفس گروه آزمایش پس از دریافت مداخله طرحواره درمانی افزایش و افسردگی آنان کاهش یافت. از دلایل تاثیر طرحواره درمانی بر کاهش افکار خود کشی در نوجوانان افسرده تأثیری است که این درمان بر طرحواره شکست دارد. در مورد طرحواره شکست می توان اذعان داشت که این طرحواره به ویژه در افرادی که نشانه های غمگینی شدید، ناامیدی و افسردگی را نشان می دهند بسیار بالا می باشد. افراد افسرده به دلیل طرحواره شکست است که همواره خود را شکست خورده دانسته و یا اعتقاد دارند که در آینده شکست خواهند خورد. در واقع آن ها احساس می کنند شکست برای شان امری اجتناب ناپذیر است. آن ها معمولاً باور دارند اشخاصی دیوانه، نادان و بی لیاقت هستند و در مقایسه با همسالانشان در حوزه های پیشرفت (تحصیل، شغل و ...) احساس بی کفایتی می کنند (آرنتز، ۲۰۱۸). در طرحواره درمانی کار و تمرکز درمان بر طرحواره خویشتن داری/خودانظباطی ناکافی نیز می تواند نتایج سودمندی بر کاهش علائم افکار خود کشی داشته باشد. به نظر می رسد در افرادی که افکار خود کشی دارند به دلیل طرحواره خویشتن داری/خودانظباطی ناکافی مشکلات مستمر یا امتناع از خویشتنداری مناسب و تحمل نکردن ناکامی برای رسیدن به اهداف شخصی یا برای جلوگیری از بیان هیجان ها و تکان ها وجود دارد. این افراد معمولاً درد را تحمل نمی کنند، از مسئولیت پذیری گریزان است، به هر قیمتی از تعارض جلوگیری می کند این عوامل باعث می شود از رضایت شخصی، تعهد و انسجام شخصیتی آن ها جلوگیری شود. بعلاوه به نظر می رسد افراد افسرده تمرکز افراطی بر ارضاء نیاز های دیگران در زندگی روزمره دارند که به قیمت عدم ارضای نیازهای خود آن ها تمام می شود. رایج ترین دلایل انجام این کار عبارتند از؛ جلوگیری از آسیب رساندن به دیگران، جلوگیری از احساس گناه ناشی از خودخواهی یا تداوم ارتباط با افراد نیازمن. این امر اغلب از حساسیت بیش از حد نسبت به درد و رنج دیگران ناشی می شود. چنین طرحواره ای منجر به این احساس می شود که نیازهای فرد افسرده به قدر کافی ارضاء نمی شوند و بعلاوه باعث رنجش افرادی می شود که او از آن ها نگهداری می کند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

۲۰۱۹). بنابراین، نتیجه ای که می توان از این مطالعه گرفت این است که رویکرد طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد مؤثر در درمان رفتارهای خود آسیب رسان و افکار خود کشی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد. تمرکز مطالعه مورد نظر روی مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره در شهر آمل تعمیم نتایج را به سایر افراد با مشکل مواجه می سازد، که از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد.

منابع

- زاده محمدی، علی، احمد آبادی، زهره، حیدری، محمود. (۱۳۹۵). تدوین و بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس خطر پذیری نوجوانان ایرانی. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۷ (۳)، ۲۱۸-۲۲۵.
- سالاری، عقیده. (۱۳۹۸). اثر بخشی طرحواره درمانی بر افسردگی و اعتماد به نفس نوجوانان ۱۳ تا ۱۴ سال دارای سوگ. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علم و هنر یزد.
- شوشتری، میترا و خانیپور، حمید. (۱۳۹۳). مقایسه خودآسیب رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظاممند. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال بیستم، شماره ۱، ص ۳-۱۳.
- قوتی، عاطفه. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی به صورت گروهی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی و بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه دختران بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد. پایان نامه کشور کارشناسی ارشد. موسسه آموزش عالی حکمت رضوی.
- مرادی، علیرضا؛ مرادی، رحیم و مصطفوی، احسان. (۱۳۹۷). بررسی میزان و عوامل مرتبط به خودکشی در شهرستان بهار. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری. ۵۰(۱) ۵۸-۵۰.
- مش، اریک جی و وولف، دیوید ای. (۱۳۹۹). روانشناسی مرضی کودک. (مترجم: محمد مظفری مکی آبادی، اصغر فروع الدین عدل). تهران، انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۷).
- Akbari E, Poursharifi H, Khanjani Z. (2014). schemas maladaptive Early. [d with love in failed have who students of styles parenting a y of Persian syndrome clinical the without. Journal Iranian Clinical & chiatry. 18(3): 184_94.
- Arntz A. (2018). Schema-focused therapy for borderline personality disorder: effectiveness and costeffectiveness, evidence from a multicenter trial. Eur Psychiatry; 23: S65-6.
- Cooper PJ, Goodyer I. (2013). A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. Br J Psychiatry; 163:369-74, 379-80.
- Han J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal- Psychological Theory of Suicidal Behavior. Clin Psychol Rev; 46: 34-45.
- Haris, G. (2016). National Institute of Mental Health. New York: John Wiley & Sons.
- Harrington, R. C. (2018). Depressive disorders in children and adolescent. Manchester: John Wiley and Sons Ltd.
- Hawke, L.D. & Provencher, M.D. (2015). Schema therapy and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. Journal of cognitive psychotherapy, 25(4), 257- 276.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2016). Schema therapy for borderline personality disorder. Journal of Clinical Psychology, 62(4), 445e458.
- Lavelle B, Smock PJ. (2015). Divorce and women's risk of health insurance loss. J Health Soc Behav; 53: 413-31.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spiropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S....Zervas, I. (2014). Schema Therapy for patients with chronic depression: a single case series study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 45(3): 319-329.
- Nordahl HM, Nysaeter TE. (2015). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. J Behav Ther Exp Psychiatry; 36(3): 254-64.
- Papalia, D.E., Gross ,D., & Feldman R.D. (2019). Child development :A topical approach and making . New York: McGraw Hill.
- Sadouk, B., & Sadouk, V. A. (2019). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Reinecke M A, Dattilio F M, Artuor F. (2019). Cognitive behavioral therapy in child & adolescent. Trans. Alaghband Rad J, Farrahi H. Tehran: Bogheh Publication.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. Clinical Psychology Review, 33: 426-447.
- Yang, X., Kolosco, o & Vishar e. (2014). Motivational deficits in effort-based decision making in individuals with subsyndromal depression, first-episode and remitted depression patients. Psychiatry Research, 220, 3, 30, 874-882.