

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار در دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله دارای گرایش به خودکشی

احد عبدی^۱، نفیسه حناچی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار در دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله دارای گرایش به خودکشی بود. روش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری حاضر شامل کلیه دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره و روان‌درمانی نوید مهر در منطقه ۱۸ شهر تهران در طی دوره‌ی زمانی خرداد ۱۳۹۸ لغایت مرداد ۱۳۹۸ با افکار گرایش به خودکشی بر اساس پرسشنامه افکار خودکشی بک بود. برای انتخاب نمونه مورد مطالعه از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها استفاده شد. بدین منظور آزمودنی‌ها به صورت هدفمند انتخاب و با همین روش در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در یک دوره طرحواره درمانی که طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفتگی به صورت گروهی برگزار شد، شرکت کردند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه‌ی افکار خودکشی بک و فرم کوتاه مقیاس طرحواره‌های ناسازگار یانگ بود. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های محرومیت هیجانی، نقص / شرم، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، گرفتار / خودتحويل نیافته، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن‌داری / خودانضباطی دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله دارای گرایش به خودکشی اثربخش می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، گرایش به خودکشی، نوجوانی

مقدمه

امروزه افزون بر آنکه خودکشی یکی از مسائل مهم روانشناسی و یک مسئله بهداشت روانی نیز به شمار می رود، نتایج پژوهش های گوناگون در زمینه آسیب های روانی و رفتاری، سوء مصرف مواد و... خودکشی را به عنوان آسیب عمده و تهدیدکننده شناسایی و سومین علت مرگ شناخته شده است [۱]. اقدام به خودکشی شامل آن دسته اقداماتی است که شخص به منظور از بین بردن خود انجام می دهد اما منجر به مرگ نمی شود. افکار خودکشی نیز شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می باشد که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است [۲].

بر طبق تحقیقات صورت گرفته عوامل مرتبط با خودکشی به عوامل بیولوژیک (کاهش یکی از متابولیت های سروتونین به نام هیدروکسی ایندول استیک اسید) [۳، ۴]، فرهنگی (مانند عدم تعلق به یک مذهب)، اقتصادی - اجتماعی (مانند فقر)، رشدی (عدم توانایی در حل تعارضات مرتبط با سن) [۵] و شناختی [۶] تقسیم می شوند. در مدل شناختی که خودکشی را تبیین می کند سه ساختار زیر بنایی دارد: ۱) عوامل آسیب پذیر موقعیتی (۲) فرایندهای مرتبط با آسیب روانپزشکی (۳) فرایندهای شناختی مرتبط با عمل خودکشی. عوامل آسیب پذیر موقعیتی شامل تکانشگری، نارسایی حل مسئله، سبک حافظه بیش تعمیم ده، سبک شناختی ناسازگار است و فرایندهای شناختی مرتبط با عمل خودکشی شامل شناخت های منفی نسبت به خود جهان و آینده است که زیربنای اندیشه خودکشی فرض می شود [۷].

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، خودکشی سیزدهمین علت مرگ در جهان [۸] و سومین علت مرگ در گروه ۱۴ تا ۳۴ ساله است. در سال ۲۰۰۰ میلادی حدود یک میلیون نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده اند و حدود ۲۰ برابر این رقم اقدام به خودکشی کرده اند [۹]. تمایل به خودکشی و خودکشی به دوره ای خاص از زندگی تعلق ندارد، اما ظاهراً نوجوانان در لحظه هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبه رو می شوند، بیشتر شکنندگی نشان می دهند و این در حالی است که حس می کنند راه برگشت ندارند [۱۰]. شیوع افسردگی و اقدام به خودکشی در دوران بلوغ به شدت افزایش می یابد [۱۱، ۱۲].

تحقیقات نشان داده است که افرادی که در معرض افکار خودکشی می باشند، نسبت به خود، خواست ها، ارزش ها، نیازها، تمایلات، نقاط قوت و ضعف، خودآگاهی کمتری دارند. از طریق خودآگاهی، افراد می توانند رفتارهایی را که دوست ندارند شناسایی کرده و تغییر دهند، این گشودگی به سمت مسیرهای متفاوت است که به فرد آزادی بیشتر در انتخاب و عمل کردن به شیوه هایی که بیشتر با حالات درونی انسان متناقض است را می دهد. از سوی دیگر فردی که فاقد خودآگاهی می باشد تمایل به فرافکنی انگیزه ها و اهداف خود به سمت دیگران بدون توانایی تمایز بین ادراک خودش و واقعیت ها را دارد [۱۳]. بنابراین در واقع یکی از موانعی که باعث می شود افکار خودکشی کنترل شود، خودآگاهی هیجانی است. وقتی فرد به خودآگاهی می رسد به احتمال زیاد مثلث تفکر، احساس و رفتار را هم به یاد خواهد آورد و اینکه چگونه نقص در یکی موجب کار کردن دستگاه روانی فرد خواهد شد. افراد باید این واقعیت را در نظر داشته باشند که بسیاری از مواقع افکار ناکارآمد موجب بروز افکار غیرمنطقی نظیر خودزنی خواهد شد، کنترل این افکار باعث میشود که فرد از اینگونه افکار آگاهی داشته باشد تا نقش مهمی در خنثی کردن آن و جلوگیری از اقدامات احتمالی بعد از آن از جمله افکار خودکشی و خودزنی ایفا کند [۱۴]. در این راستا، شناخت طرحواره ها و طرحواره درمانی، یکی از شیوه های مؤثر تلقی می شود.

یانگ (۱۹۹۴) مجموعه ای از طرحواره ها را مشخص کرده است که به آنها طرحواره های ناسازگار اولیه می گویند. طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند [۱۵] که در طی دوران کودکی رشد یافته اند و در طول زندگی فرد ثابت هستند، این طرحواره ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات بعدی به کار گرفته می شوند. بک و همکاران (۱۹۹۰) [۱۶] معتقدند طرحواره های ناسازگار اولیه، باورهای ثابت، منفی، درباره خود، دیگران یا دنیا هستند که در

دوران اولیه زندگی شکل گرفته اند و بعد تجارب و رفتارهای فرد را شکل می دهند [۱۷]. از آنجا که طحرواره های ناسازگار اولیه به عنوان سطوح شناختی عمیقی هستند که معمولاً خارج از هشیاری عمل می کنند، افراد را در معرض آسیب پذیری روانشناختی برای رشد افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان تنی قرار می دهد [۱۸]. یکی از دلایل سودمندی های طحرواره درمانی تأکید آن بر کشف ریشه های تحولی مشکلات روانشناختی و طحرواره های ناسازگار اولیه است. پژوهش های مختلف نشان داده اند که طحرواره درمانی می تواند باعث کاهش شدت طحرواره های ناسازگار گردد [۱۹، ۲۰، ۲۱].

هدف عمده طحرواره درمانگران، این است که بیماران به طور معناداری تغییر کنند. چنین نگرشی، در آزادی بیمار و درمانگر راجع به دستور جلسات درمان، نوع مداخلات و چگونگی استفاده از تکنیک ها، تاثیر بسزایی دارد. علاوه بر این، هر درمانگر می تواند طحرواره درمانی را با سبک خودش تطبیق دهد و به کار گیرد. با این وجود طحرواره درمانی رویکرد التقاطی نیست که از طریق آزمون و خطا پیش برود، بلکه مبتنی بر یک نظریه منسجم و یکپارچه است. با توجه به این امر، در این مقاله به بررسی اثربخشی طحرواره درمانی بر تعدیل طحرواره های ناسازگار اولیه دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله دارای افکار خودکشی می پردازد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بوده است و از لحاظ روش نیمه آزمایشی می باشد. جامعه آماری حاضر شامل کلیه دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و روان درمانی نوید مهر در منطقه ۱۸ شهر تهران در طی دوره ی زمانی خرداد ۱۳۹۸ لغایت مرداد ۱۳۹۸ با افکار گرایش به خودکشی بود. برای انتخاب نمونه مورد مطالعه از روش نمونه گیری هدفمند و در دسترس با گمارش تصادفی در گروه ها استفاده شد. بدین منظور آزمودنی ها به صورت هدفمند انتخاب و با همین روش در گروه های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. لذا شرط ورود در گروه های نمونه دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله دارای افکار خودکشی بر اساس پرسشنامه افکار خودکشی بک بود. افراد گروه آزمایش در یک دوره طحرواره درمانی که طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفتگی به صورت گروهی برگزار شد، شرکت کردند. در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

مقیاس افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. در این مقیاس هر سوال دارای سه گزینه است. نمره گذاری پرسش نامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می باشد. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۷۲ قرار دارد. در این مقیاس نمره ۵-۰ عدم وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهد. آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس های افسردگی و ناامیدی بک دارد. این مقیاس در ایران توسط انیسی و همکاران (۱۳۸۴) بر روی سربازان ایرانی اعتباریابی شده است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم زمان آن با مقیاس افسردگی پرسش نامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است.

پرسشنامه روان بنه یانگ (فرم کوتاه): پرسش نامه روان بنه یانگ (YSQ) که بر پایه مشاهدات تجربه شده توسط متخصصان بالینی می باشد، توسط شخص جفری یانگ (۱۹۸۸) تهیه گردیده است. این پرسشنامه به صورت خود گزارشی است که شامل ۲۰۵ ماده بوده و برای اندازه گیری ۱۶ روان بنه غیر انطباقی اولیه طراحی شده است. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه از سیزده روان بنه (۱۹۹۵) و پانزده روان بنه (۱۹۹۹) در میان شانزده روان بنه مطرح شده حمایت کردند. نسخه کوتاه پرسشنامه روان بنه یانگ (YSQ - SF) که بر پایه یافته های اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) است شامل زیر مجموعه ای از ۷۵ ماده و پانزده روان بنه غیر انطباقی اولیه است. در این مقیاس هر ماده به کمک شش گزینه درجه بندی می شود که افراد نقطه نظر خود را در مورد هر یک از مواد پرسشنامه از (کاملاً غلط) تا (کاملاً درست) اعلام می دارند. نمره بالای هر فرد در یک خرده مقیاس معین احتمال بیشتر وجود دارد یک روان بنه غیر انطباقی را برای آن فرد نشان می دهد. اولین پژوهش

جامع به ویژگی های روانسنجی پرسشنامه روان بنه یانگ، توسط اشمیت، جونز، یانگ و تولج (۱۹۹۵) انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد برای هر روان بنه، ناسازگار اولیه، ضریب آلفا از ۰/۸۳٪ برای روان بنه خود تحول نیافته گرفتار تا ۰/۹۶٪ برای روان بنه نقص/ شرم و ضریب بازآزمون در جمعیت غیربالینی بن ۰/۵۰٪ تا ۰/۸۲٪ است. خرده مقیاس های اولیه، پایایی آزمون - باز آزمون و ثبات درونی بالایی نشان دادند. هنجار این پرسشنامه در ایران توسط آهی بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران انجام شده که شامل ۲۵۲ نفر مؤنث و ۱۳۵ نفر مذکر بوده و به شیوه تصادفی چندمرحله ای از دانشگاه های علامه طباطبایی، شهید بهشتی، تهران، تربیت مدرس و دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات انتخاب شده بودند. همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷٪ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸٪ به دست آمده است.

جدول ۱: شرح جلسات طرحواره درمانی

جلسه	توضیح
اول	معرفی، ایجاد تفاهم، طرح اولیه مشکل به وسیله مراجع، تکمیل فرم کوتاه پرسشنامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ (پیش آزمون)
دوم	فرمول بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره - محور، سنجش تاریخچه یا سنجش طرحواره ها
سوم	فرضه ی سازی درباره طرحواره ها، تصویر سازی ذهنی، آموزش به بیمار درباره طرحواره ها
چهارم	بررسی راهبردهای مقابله ای یا غلبه بر اجتناب طرحواره، تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره مدار
پنجم	آزمون اعتبار طرحواره ها در دوره های متفاوت زندگی، بررسی شواهد موافق و مخالف از دوران کودکی تا بزرگسالی، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره ها ارزیابی از مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای
ششم	تبدیل طرحواره به افکار بنیادی سه گانه و آزمودن آنها، ارایه منطق تکنیک های تجربی، آموزش و تدوین کارت های آموزشی طرحواره
هفتم	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و آموزش تکنیک تصویر سازی به منظور مداخله، گفتگوی خیالی
هشتم	بازسازی خاطرات آسیب زا به منظور بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و دریافت حمایت و آرامش، نوشتن نامه به افراد مهم زندگی

یافته ها

یافته های توصیفی پژوهش حاضر در جدول ۲ و ۳ نشان داده شده است. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره های گروه های آزمایش و کنترل را در متغیر طرحواره های ناسازگار در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار طرحواره های ناسازگار گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	پیش آزمون	پس آزمون
محرومیت هیجانی	آزمایش	۱۲/۱۳	۳/۰۹	۱۰/۸۶	۱/۱۲
	کنترل	۱۳/۶۶	۲/۶۶	۱۲/۸۰	۲/۱۷
طرد / رهاشدگی	آزمایش	۱۲/۷۳	۲/۲۵	۱۰/۸۰	۱/۰۱

۳/۰۹	۱۲/۱۳	۲/۴۷	۱۳/۶۰	کنترل	
۱/۷۲	۱۱/۱۳	۲/۱۷	۱۲/۸۰	آزمایش	بی اعتمادی / بدرفتاری
۲/۸۹	۱۲/۵۳	۳/۳۰	۱۴/۳۳	کنترل	
۱/۹۵	۱۱/۴۶	۲/۹۶	۱۲/۰۶	آزمایش	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۳/۰۳	۱۲/۲۶	۲/۳۳	۱۳/۲۰	کنترل	
۱/۰۵	۱۰/۶۰	۲/۵۸	۱۴/۳۳	آزمایش	نقص / شرم
۲/۰۷	۱۳/۲۰	۲/۹۹	۱۲/۶۶	کنترل	
۱/۷۰	۱۱/۰۶	۲/۳۴	۱۳/۰۶	آزمایش	شکست
۲/۶۹	۱۲/۴۰	۲/۶۶	۱۲/۶۶	کنترل	
۰/۹۱۵	۹/۸۶	۲/۶۳	۱۳/۹۳	آزمایش	وابستگی / بی کفایتی
۳/۰۵	۱۲/۲۰	۲/۳۷	۱۳/۹۳	کنترل	
۰/۸۶۱	۱۰/۲۰	۲/۳۸	۱۴/۶۶	آزمایش	آسیب پذیری به ضرر و بیماری
۲/۸۳	۱۲/۸۰	۲/۶۲	۱۳/۸۰	کنترل	
۱/۸۳	۱۱/۶۶	۲/۶۶	۲۱/۱۳	آزمایش	گرفتار / خود تحول نیافته
۲/۹۰	۲۱/۲۰	۲/۴۶	۲۰/۳۳	کنترل	
۰/۹۶۱	۱۰/۲۶	۲/۰۷	۱۳/۲۰	آزمایش	اطاعت
۳/۱۳	۱۳/۳۳	۲/۵۳	۱۳/۰۰	کنترل	
۱/۰۹	۱۰/۲۶	۲/۷۵	۱۲/۸۰	آزمایش	ایثار
۱/۹۲	۱۱/۵۳	۳/۰۶	۱۳/۱۳	کنترل	
۱/۰۳	۱۰/۲۶	۲/۹۴	۱۲/۸۶	آزمایش	بازداری هیجانی
۳/۰۸	۱۴/۶۰	۲/۴۰	۱۴/۰۶	کنترل	
۱/۲۷	۱۰/۹۳	۲/۹۸	۱۲/۸۰	آزمایش	معیارهای سرسختانه
۳/۴۵	۱۴/۹۳	۲/۶۱	۱۴/۰۰	کنترل	
۱/۶۲	۱۱/۲۶	۱/۹۰	۱۴/۲۶	آزمایش	استحقاق
۲/۵۵	۱۴/۳۳	۳/۴۴	۱۴/۲۰	کنترل	
۱/۵۵	۱۱/۵۳	۳/۰۵	۱۹/۷۳	آزمایش	خویشتن داری / خودانضباطی
۲/۶۳	۲۱/۰۶	۳/۴۷	۱۹/۷۳	کنترل	

مطابق اطلاعات حاصل از جدول، نمرات طرحواره های ناسازگار در گروه آزمایش، در پس آزمون پایین تر از پیش آزمون می باشد که می تواند بیانگر تأثیر طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار باشد. قبل از انجام تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقابله میانگین گروهها، جهت تعیین همگنی واریانسها نمرات پیش آزمون گروهها، از آزمون لوین استفاده شده است که خلاصه نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	f	df ₁	df ₂	سطح معنی داری (P)
پیش آزمون	۰/۱۲۲	۱	۲۸	۰/۷۳۰
پس آزمون	۰/۱۲۲	۱	۲۸	۰/۷۳۰

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در طرحواره‌های ناسازگار معنی دار نمی‌باشد. بنابراین واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل یکسان است.

جدول ۴: خلاصه تحلیل کوواریانس در گروه‌های کنترل و طرحواره درمانی

سطح معناداری	F	میانگین مربع	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۶	۹/۰۳۹	۲۸/۰۰	۱	۲۸/۰۰	محرومیت هیجانی
۰/۱۱۸	۲/۶۰۲	۱۴/۱۸۵	۱	۱۴/۱۸۵	طرد / رهاشدگی
۰/۱۱۳	۲/۶۸۶	۱۵/۷۵۸	۱	۱۵/۷۵۸	بی اعتمادی / بد رفتاری
۰/۲۹۲	۱/۱۵۶	۷/۴۹۱	۱	۷/۴۹۱	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۰۰۰	۲۰/۵۷۹	۵۴/۷۹۰	۱	۵۴/۷۹۰	نقص / شرم
۰/۱۰۲	۲/۸۷۳	۱/۶۲۷	۱	۱۴/۶۲۷	شکست
۰/۰۱۰	۷/۷۹۴	۴۰/۸۳۳	۱	۴۰/۸۳۳	وابستگی / بی کفایتی
۰/۰۰۱	۱۳/۲۴۷	۵۶/۳۴۲	۱	۵۶/۳۴۲	آسیب پذیری به ضرر و بیماری
۰/۰۰۰	۱۱۳/۲۰	۶۷۹/۹۵	۱	۶۷۹/۹۵	گرفتار / خود تحول نیافته
۰/۰۰۰	۱۶/۴۷۲	۷۴/۴۳۰	۱	۷۴/۴۳۰	اطاعت
۰/۰۴۱	۴/۶۲۳	۱۱/۴۴۸	۱	۱۱/۴۴۸	ایثار
۰/۰۰۰	۲۳/۲۱۱	۱۲۵/۴۶	۱	۱۲۵/۴۶	بازداری هیجانی
۰/۰۰۰	۲۰/۲۸۱	۱۳۲/۲۳	۱	۱۳۲/۲۳	معیارهای سرسختانه
۰/۰۰۱	۱۴/۹۲۲	۷۰/۳۱۰	۱	۷۰/۳۱۰	استحقاق
۰/۰۰۰	۱۴۲/۸۷	۶۸۱/۶۳	۱	۶۸۱/۶۳	خویشتن داری / خودانضباطی

همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود، بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس آزمون طرحواره‌های ناسازگار (محرومیت هیجانی، نقص / شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر و بیماری، گرفتار / خودتحوّل نیافته، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن داری / خودانضباطی) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به معنای دیگر، طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار بیان شده، اثربخش می‌باشد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های محرومیت هیجانی، نقص / شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر و بیماری، گرفتار / خودتحوّل نیافته، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و

خویشتن داری / خودانضباطی دختران ۱۴ الی ۱۸ ساله دارای گرایش به خودکشی اثربخش می باشد. این نتایج با نتایج پژوهش های [۲۰، ۲۲] همسو می باشد.

در تبیین اثربخشی و مؤثر بودن طرحواره درمانی باید بیان داشت، طرحواره درمانی با کار بر روی ابعاد چند وجهی فرد زمینه تغییر را فراهم می کند که این ابعاد شامل بعد شناختی، تجربی، عاطفی و رفتاری هستند. در بعد شناختی، طرحواره درمانی با کارکردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق ترین سطح شناخت یعنی طرحواره ها کمک می کنند تا بیماران به ریشه افکار خود، آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأیید کننده یا رد کننده طرحواره، طرحواره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند. افراد با افکار و گرایش به خودکشی، طی سالهای متممادی اطلاعات همخوان با طرح واره را برجسته می کنند و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می گیرند و این روند را در کلیه سطوح زندگی تداوم می بخشند. طرحواره درمانی که خلاصه ای از پاسخ های سالم فرد، شناسایی ریشه طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک کننده به فرد جهت شناسایی موقعیت برانگیزاننده طرحواره، تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین کردن رفتارهای سالم در زندگی است، که موجب آگاهی فرد نسبت به طرح واره ها می شود و زمینه تغییر را در فرد و به تبع رد آن در روابط بین فردی و درون فردی فراهم می کند. هم چنین تکنیک های تجربی کمک می کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره ها مهیا سازد. از سوی دیگر بیماران می توانند با استفاده از این تکنیک ها به فرضیه آزمایشی طرحواره ها بپردازد و با برانگیخته شدن طرحواره ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره ها مهیا می شود. استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می گردد فرد طرحواره های اصلی را شناخته، ریشه های تحولی آن را درک کرده و این ریشه ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این موجب ارتقاء درک بیمار و کمک به او در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی می شود.

پیشنهاد می شود در مطالعه های آتی اثربخشی طرحواره درمانی با درمان های نوظهور به ویژه طرحواره درمانی هیجانی که وامدار طرحواره درمانی هستند، مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین می توان از طرحواره درمانی، به عنوان یک برنامه کمکی جهت کاهش مشکلات در کنار مهارت های دیگر استفاده کرد.

منابع و مراجع

1. Ebrahimi Thani, A.; Taziki, I & Ebrahimi Thani, Na (2019). The Effectiveness of Anger Control Skills Training on Suicidal Thoughts and Self-Awareness of Male Addicts, North Khorasan Disciplinary Knowledge Quarterly, North Khorasan Applied Research Office, Fifth Year, No. ۱۸, ۱۰۳-۱۲۸(In Persian)
2. Fortinash KM, & Holodayworret PA. (2008). Psychiatric mental health nursing. 5th ed. New York Mosby Publication.
3. Beautrais, Annete, L. (2000) "Risk factor for suicide among young people." Australian & New Zealand, Journal of Psychiatry, Vol.34:420-436
4. Sadock BJ, Sadock AV. (2009). Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins: 1629-44.
5. Lewinsohn, PM. Rohde, P. & Seeley, JR. (1994). Psychosocial risk factors for adolescent suicide attempts. Consulting and clinical psychology, 62: 297- 305.
6. Dyck, MJ. (1993). Positive and negative attitudes at suicide ideation. Suicide Life Theat Behave. 30-73.

۷. Weishaar ME, & Beck AT. (1992). Clinical and Cognitive predictors of suicide. Assessment and prediction of suicide. In: Maris RW, Berman AI, Maltzberger JT, editors. London: Guilford Pres
۸. Kureg, E. Dahulberg, I.L. Mercy, J.A. & Lazano, R. (2002). World report in violence and health, Geneva: WHO.
۹. Mann, J.J. (2002). A current perspective of suicide and attempt suicide, An International Journal of Medicine, 4, (130): 302-31.
۱۰. Mehrabi, H. & Sheikh Darani, H. (2014). The role of effective factors in the suicidal tendency of female high school students, knowledge and research in applied psychology, Fourteenth year, No. 3 (consecutive, 53). 100-91(In Persian)
۱۱. Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implication. Clinical Psychology: Science and Practice, 3, 25-46.
۱۲. Compus, B.E., S., & Grant, K.E. (1993). Taxonomy, assessment and diagnosis of depression during adolescence. Psychological Bulletin, 114, 323-344
۱۳. Seddiq Sarvestani, R. (2008). Social pathology. Tehran: Samat Publications. (In Persian)
۱۴. Ebrahimi Thani, A.; Taziki, I & Ebrahimi Thani, Na (2019). The Effectiveness of Anger Control Skills Training on Suicidal Thoughts and Self-Awareness of Male Addicts, North Khorasan Disciplinary Knowledge Quarterly, North Khorasan Applied Research Office, Fifth Year, No. ۱۸, ۱۰۳-۱۲۸(In Persian)
۱۵. Young, J. E., Kolosko, J. S. & weishar, M. e. (2003). Schema therapy: A Partitioers guide. New York: Guilford press.
۱۶. Beck, A. T., Freeman, A. & Associates. (1221). Cognitive therapy of personality disorders. New York.
۱۷. Samuel, D. B. & Ball, S. A. (2113). The Factor Structure and Concurrent Validity of the early maladaptive schema questionnaire: Research Version. *Cognitive Therapy and Research*, Volume 37, Issue 1, pp: 111-112.
۱۸. Timm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schema. A five factore model perspective. *Journal of Behavior therapy and experimental psychology*, 41, 373-380.
۱۹. Tajikzadeh, F.; Zaree, A.; Naziri, AH & Afshari, R. (2016). Determining the effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas in men treated with methadone maintenance, Quarterly Journal of Personality and Individual Differences, 4 (7), 1-23
۲۰. Ahovan, M.; Qovati, A. & Yaqoubi, M. (2019). The effectiveness of group schema therapy on improving early maladaptive schemas and emotion regulation in individuals with borderline personality disorder with self-harm and suicide behavior of adolescent girls between ۱۴ and ۱۸ years old Mashhad, Quarterly Journal of New Psychological Ideas, Volume ۲, Number ۶, ۱-۱۴(In Persian)
۲۱. Jahangiri, M.; Salehi, M.; Ashayeri, H. & Pasha Sharifi, H. (2016). The effectiveness of schema therapy on modulating early maladaptive schemas in patients with refractory obsessive-compulsive disorder, Journal of Cognition Psychology and Psychiatry, 2 (2), 13-27(In Persian)
۲۲. Muazzeni, T; Gholamrezaei, S. & Rezaei, F (2019). The effectiveness of treatment plan on the severity of depression and suicidal ideation in patients with refractory depression, Armaghane Danesh, Yasouj University of Medical Sciences, Volume 23, Number 2, 266-253(In Persian)