



Research paper

Comparing the Effectiveness of Narrative Therapy and Emotion Focused Therapy on Primary Maladaptive Schemas, Impulsivity and Depression in Students with Suicidal Thoughts

Mohamad Hatami Nejad ¹; Esmaeil Sadri Damirchi ², Zahra Akhavi Samarein ³, Mahdi Jafari Moradlo ⁴, Mohammadreza Noroozi Homayoon* ⁵

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of narrative therapy and emotion-focused therapy on early maladaptive schemas, impulsivity, and depression among students with suicidal thoughts. The study employed a semi-experimental design with a pretest-posttest approach and a control group. The statistical population comprised all male high school students in District 14 of Tehran for the academic year 1402-1401. The sample was selected through cluster sampling, with 60 students randomly assigned to three groups (2 experimental groups, one control group, 20 peoples each), based on a cutoff point. The research instruments were included Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire, the Barratt Impulsivity Scale and the Beck Depression Inventory. Interventions were the narrative therapy and emotion-focused therapy (8 sessions of 90 mins, per week, each). The analysis of covariance results at the posttest stage indicated a significant difference of the mean scores between narrative therapy and emotion-focused therapy groups opposed to the control group. However, no significant difference was observed between the two interventions. Thus, both narrative therapy and emotion-focused therapy had a positive impact on reducing early maladaptive schemas, impulsivity, and depression among students with suicidal thoughts.

Keywords: Depression and suicidal thoughts, emotion focused therapy, impulsivity, narrative therapy, primary maladaptive schemas

¹ PhD student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran..

² Professor of Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

³ Associate Professor of Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

⁴ Master of Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

⁵ Corresponding Author: PhD student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran mohammadreza.noroozi@uma.ac.ir

مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی

محمد حاتمی نژاد^۱، اسماعیل صدری دمیچی^۲، زهرا اخوی ثمرین^۳، مهدی جعفری مرادلو^۴، محمدرضا نوروزی همایون^{۵*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، همه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوره دوم منطقه ۱۴ تهران، در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. نمونه‌گیری نیز به شیوه خوشه‌ای بود که براساس نقطه برش، ۶۰ دانش‌آموز به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار داده شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، یانگ، افسردگی بک، و مقیاس تکانشگری بارت، مداخلات روایت‌درمانی و مداخلات درمان هیجان‌مدار بود، که هر مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار، به‌صورت گروهی اجرا شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در مرحله پس‌آزمون حاکی از تفاوت معناداری اثرات هر دو مداخله در کاهش نمرات طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی با گروه کنترل بود. هر دو مداخله (روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار) نشان دادند که اثربخش بوده‌اند؛ اما تفاوت معناداری میان دو مداخله مشاهده نشد. براین اساس، روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار تأثیر مثبت بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی داشته‌اند.

کلیدواژه‌ها: افکار خودکشی و افسردگی، تکانشگری، درمان هیجان‌مدار، روایت‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۵. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مقدمه

به‌عنوان یک پدیده جهانی، خودکشی نگرانی‌های زیادی را ایجاد کرده است. محققان حوزه‌های مختلف تحقیقات گسترده‌ای در مورد شیوع، علل، عوامل و یا مدیریت یا راه حل‌های ممکن برای افکار خودکشی انجام داده‌اند (اکچکو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ و متأسفانه سالانه حدود ۰.۷ میلیون نفر جان خود را از دست می‌دهند و بسیاری دیگر، به‌ویژه جوانان و میان‌سالان، اقدام به خودکشی می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۲۱). اگرچه میزان‌های خودکشی در ایران از غالب کشورهای غربی پایین‌تر می‌باشد؛ اما از بقیه کشورهای خاورمیانه بالاتر بوده و طی سه دهه اخیر رشد معناداری داشته است. شیوع اقدام به خودکشی در ایران تحت تأثیر عوامل فرهنگی و منطقه‌ای از ۸/۱۶ در صد هزار نفر در جنوب کشور تا ۸/۱۱۷ در صد هزار نفر در شمال کشور متغیر است. خودکشی در میان نوجوانان ایرانی در چند سال اخیر با سخت‌تر شدن شرایط اقتصادی و گسترش فقر، افزایش یافته است؛ به‌طوری‌که بر اساس آمار وزارت بهداشت ایران، حدود ۱۰۰ هزار نفر اقدام به خودکشی کردند که از این تعداد، ۱۰ درصد را کودکان و نوجوانان تشکیل داده‌اند (نامجو باغینی و همکاران، ۱۴۰۲). اگرچه اکثر افرادی که افکار خودکشی دارند اقدام به خودکشی نمی‌کنند، اما اگر افراد افسرده مشاوره مؤثر دریافت نکنند، افسردگی طولانی‌مدت ممکن است منجر به خودکشی شود (هاکو^۳ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین در پاسخ به افزایش روزافزون میزان خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی در جهان که از آمار قابل توجهی برخوردار است؛ توجه و تمرکز روی توسعه و اجرا مداخلات پیشگیری‌کننده از خودکشی بایستی افزایش پیدا کند (کریشنامورسی و همکاران، ۲۰۲۴؛ چن^۴ و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسپیتال^۵ و همکاران، ۲۰۲۴).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۶، به‌نظر می‌رسد، یکی از متغیرهای تأثیرگذار در خودکشی است. توجه به طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فقدان سرمایه‌های روان‌شناختی، نیازهای اساسی که به درستی ارضا نشده‌اند و تنهایی اجتماعی و عاطفی به‌عنوان عواملی برای بروز افکار و اقدام به خودکشی، باید مورد توجه روان‌شناسان و پژوهشگران قرار گرفته شود (میلیسی و همکاران^۷، ۲۰۲۳)؛ بنابراین با توجه به اینکه بین بعضی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی با گرایش به خودکشی رابطه معنادار وجود دارد (آرنتز^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره‌ها به دلیل ماهیتشان میانجی بسیاری از رفتارها با افکار و اتفاقات هستند. افکار و بسیاری از اتفاقات از مسیر الگوهای طرحواره‌ای به رفتار تبدیل می‌شوند. بنابراین طرحواره‌ها می‌توانند میانجی بین بسیاری از مؤلفه‌های روان‌شناختی باشند (پیکینگتون و همکاران^۹، ۲۰۲۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اثر ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی شکل می‌گیرند (پیترز و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۱). در واقع این طرحواره‌ها، باورهای هسته‌ای درباره خود و دیگران هستند که پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری

1. Okechukwu

2. World Health Organization

3. Haque

4. Chen

5. Spittal

6. Early maladaptive schemas

7. Milesi

8. Arntz

9. Pilkington

10. Peeters

ناکارآمد منحرف می‌کنند. برخی از محققان نیز نقش طرحواره‌ها را در زمینه افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه برجسته می‌دانند (گرازکا و استرلسکی^۱، ۲۰۲۳؛ گرازکا^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). برای نمونه، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در بین حوزه‌های طرحواره‌ای، طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد و سپس طرحواره‌های حوزه گوش‌به‌زنگی، بیش‌ازحد بیشترین همبستگی را با افکار خودکشی دارند (اکیسکوا^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین کیم و لی^۴ (۲۰۲۱) نیز نقش سبک‌های مقابله‌ای را در شکل‌گیری رفتارهای خودکشی تأیید کرده‌اند.

متغیر دیگری که به‌نظر می‌رسد با خودکشی در ارتباط است، تکانشگری^۵ است (بروکه و همکاران^۶، ۲۰۲۲؛ بیچ و همکاران^۷، ۲۰۲۲؛ هوانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). مدل نظری بیچ به نام یو پی پیز^۹ از تکانشگری شامل چهار زیرمقیاس است: فوریت منفی، عدم پیش‌اندیشی، عدم پشتکار و جست‌وجوی هیجان. فوریت منفی به اقدامات تکانشی در پاسخ به عواطف منفی اشاره دارد. عدم پیش‌اندیشی به میزان عمل کردن بدون در نظر گرفتن پیامدهای آن عمل می‌پردازد. عدم پشتکار ناتوانی در حفظ توجه به ویژه در وظایف عادی یا دشوار را ارزیابی می‌کند. جست‌وجوی هیجان به دنبال فعالیت‌های هیجان‌انگیز و پذیرش تجربیات جدید اشاره دارد. همچنین یک عامل پنجم به نام فوریت مثبت به مدل یو پی پیز اضافه شده که به اقدامات تکانشی در پاسخ به عواطف مثبت اشاره دارد (بیچ و همکاران، ۲۰۲۲). عوامل متعددی می‌توانند در شکل‌گیری رفتارهای تکانشگرانه تأثیر بگذارند؛ به‌عنوان مثال زمینه‌های اجتماعی، حافظه، آسیب‌های جسمی و روانی، حالات عاطفی از جمله عوامل اثرگذار در تکانشگری در افراد است (سانچز و بانگاسر^{۱۰}، ۲۰۲۲). تکانشگری عمل بدون پیش‌بینی است و به‌نظر می‌رسد سطوح بالاتر تکانشگری با رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مرتبط است (مقیاس - رابلس و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲). به دلیل اینکه مشکل در کنترل تکانه افراد باعث اختلال در تنظیم شناخت، رفتار و هیجان می‌شود، بنابراین به‌نظر می‌رسد که کنترل تکانه و تکانشگری با رفتارهای خودکشی و خودآسیب‌رسان ارتباط دارند. تکانشگری، به‌عنوان یکی از عوامل مهم در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان، به دلیل ناتوانی در کنترل آنی هیجانات، می‌تواند منجر به افزایش شدت این رفتارها شود. از سوی دیگر، پرخاشگری نیز به‌عنوان یک عامل متمایز اما مرتبط بوده که با تقویت احساسات منفی، می‌تواند در تعامل با تکانشگری، احتمال رفتارهای خطرناک مانند خودکشی را افزایش دهد. این دو متغیر با تأثیرگذاری بر دیگر عوامل روان‌شناختی، می‌توانند رفتارهای آسیب‌زا را شدت ببخشند و نیاز به بررسی دقیق‌تری دارند (هویر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱؛ شفتی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Gražka & Strzelecki

2. Gražka

3. Ociskova

4. Kim & Lee

5. Impulsivity

6. Brokke

7. Beach

8. Huang

9. Urgency, Premeditation, Perseverance and Sensation Seeking (UPPS)

10. Sanchez & Bangasser

11. Megías-Robles

12. Huber

13. Shafti

۱۰..... مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و...

افسردگی، متغیر دیگری است که می‌تواند ارتباط نزدیکی با خودکشی باشد (مارهاوا^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). در افسردگی غم، تمام وجود فرد را فراگرفته است. فرد از ناامیدی به ستوه آمده، احساس بی‌ارزشی می‌کند، فعالیت‌هایی که برای او خوشایند بوده است بی‌تفاوت می‌شوند؛ افراد افسرده خود را از دوستان و فامیل جدا می‌کنند و به‌طور کلی وضعیت زندگی آنها مختل می‌گردد. متأسفانه اختلالات افسردگی بیشترین میزان اختلالات روانی قابل تشخیص در اقدام کنندگان خودکشی را شامل می‌شوند (سانچز-کارو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴؛ گوش و هالدر^۳، ۲۰۲۴؛ یاقوب و آشان^۴، ۲۰۲۳). برای نمونه، برخی از پژوهش‌ها حاکی از ارتباط اختلالات خلقی به‌ویژه افسردگی با بروز رفتارهای خودکشی به‌خصوص در نوجوانان همراه است (لیو^۵ و همکاران، ۲۰۲۳)؛ پس مطالعات در رابطه با پیامدهای آن حائز اهمیت می‌باشد (هایس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) که به‌نظر می‌رسد فعالیت‌های نوسانی نامنظم در قسمت‌هایی از مغز^۷ کمبودهایی را در عملکردهای اجرایی^۸ و بازداری^۹ نشان می‌دهد که منجر به کاهش حس رضایت از زندگی شده و در نتیجه خطرات خودکشی را بالا می‌برد (دای^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲).

در پژوهش حاضر از روایت‌درمانی^{۱۱} و درمان متمرکز بر هیجان^{۱۲} استفاده شد که فرض بر این است که این روش‌ها می‌توانند در کاهش خودکشی مؤثر باشند. با این حال، پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با این درمان‌ها محدود بوده‌اند و در ادامه به برخی از این تحقیقات اشاره خواهد شد. برای نمونه، در پژوهش چنگیزی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی اثر مثبت دارد. همچنین نتایج پژوهش بقولی کرمانی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داد که روایت‌درمانی زوجی در افزایش صمیمیت عاطفی و کاهش افسردگی در افراد تأثیر گذارند. پژوهش‌هایی نیز در مورد درمان هیجان‌مدار انجام شده است. برای نمونه، در یک مطالعه مروری گورپاد^{۱۳} (۲۰۲۳) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان تأثیر مهمی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، احساس خشم و بهبود عزت‌نفس بچه‌های بی‌سرپرست داشته است. در پژوهش‌های مداخله هیجان‌مدار نیز گرینمن و جانسون^{۱۴} (۲۰۲۲) نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان نقش مهمی در سلامت روانی ایفا می‌کند. روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار دو رویکرد مؤثر در بهبود وضعیت روانی افراد هستند. روایت‌درمانی بر این فرض استوار است که افراد از طریق بازنویسی و بازسازی داستان‌های شخصی خود، می‌توانند معانی جدیدی برای تجربیاتشان پیدا کنند و به تغییرات مثبت در رفتار و احساسات دست یابند. از سوی دیگر، درمان هیجان‌مدار بر این باور است که هیجان‌ات نقش مرکزی در تجربه انسانی دارند و پردازش آنها می‌تواند به بهبود مشکلات روان‌شناختی منجر شود. این روش درمانی بر شناسایی، پردازش و تنظیم هیجان‌ات تأکید دارد. تفاوت‌های مفهومی این دو روش،

1. Marwaha

2. Sánchez-Carro

3. Ghosh & Halder

4. Yaqoob & Ahsan

5. Liu

6. Hayes

7. dorsal anterior cingulate cortex (DACC) / Ventromedial Prefrontal Cortex (VMPFC)

8. Executive function

9. Inhibition

10. Dai

11. Narrative therapy

12. Emotion-focused therapy

13. Ghorpade

14. Greenman & Johnson

تأکید به تغییر روانی در افراد است؛ روایت‌درمانی بیشتر بر تغییر ساختارهای شناختی و معنایی تمرکز دارد، درحالی‌که درمان هیجان‌مدار به پردازش و مدیریت هیجان‌ات توجه می‌کند. با وجود این تفاوت‌ها، هر دو روش هدف مشترکی در بهبود سلامت روان فرد دارند و در درمان طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و مسائل مربوط به خودکشی کاربرد دارند. این پژوهش شامل سه فرضیه است:

- روایت‌درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مؤثر است.
- درمان هیجان‌مدار در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مؤثر است.
- کدام یک از روش‌های درمانی فوق اثربخشی بیشتری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در دانش‌آموزان دارای گرایش به خودکشی دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و با توجه به اثربخش بودن آن و نیاز به اجرای جلسات آموزشی، نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوره دوم منطقه ۱۴ تهران، در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به این صورت بود که ابتدا یکی از نواحی آموزشی تهران (۱۴) انتخاب شد و از میان مدارس آن ناحیه (۵۷۴) دانش‌آموز، در ۳ مدرسه پرسشنامه رفتارهای خود آسیب‌رسان توزیع شد و تکمیل کردند. از بین ۲۴۶ دانش‌آموزی که نمرات آنها بالاتر از نقطه برش بود، ۶۰ نفر به‌طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه اول تحت ۸ جلسه روایت‌درمانی گروهی (هفته‌ای یک جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه) و گروه دوم تحت ۸ جلسه درمان هیجان‌مدار (هفته‌ای یک جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه) قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود در پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره بالا در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان، رضایت آگاهانه (به‌صورت کتبی) برای شرکت در پژوهش، استفاده نکردن از درمان‌های روان‌درمانی و روان‌شناختی در زمان مطالعه. همچنین ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و تمایل نداشتن به شرکت در پژوهش. در نهایت داده‌های شرکت‌کنندگان به روش آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS²⁶ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF)^۱: این پرسشنامه ابزاری خودگزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌هاست که فرد بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای می‌سنجد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). در این تحقیق از فرم کوتاه پرسشنامه ۷۵ گویه‌ای استفاده شده است که ۱۵ طرحواره را می‌سنجد. گویه‌ها نیز در طیف ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند: (۱ برای کاملاً نادرست تا ۶ برای کاملاً درست). ۱۵ طرحواره در ۵ حوزه طرحواره

1. Young's early maladaptive schemas questionnaire(YSQ-SF)

۱۲..... مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و...

بریدگی و طرد^۱ (شامل محرومیت هیجانی^۲، رها شدگی / بی‌ثباتی^۳، بی‌اعتمادی / بدرفتاری^۴، انزوای اجتماعی^۵ و نقص/شرم^۶)، خودگردانی و عملکرد مختل^۷ (شامل شکست^۸، وابستگی / بی‌کفایتی^۹، آسی پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^{۱۰} و خودتحوّل نیافته / گرفتار^{۱۱})، دیگر جهت مندی^{۱۲} (شامل اطلاعات^{۱۳} و ایثار^{۱۴})، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^{۱۵} (شامل بازداری هیجانی^{۱۶} و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی اقراطی^{۱۷}) و محدودیت‌های مختل^{۱۸} (شامل استحقاق / خود بزرگ‌بینی^{۱۹}، خویش‌ن‌داری و خودانطباقی ناکافی^{۲۰}) قرار دارند؛ چنانچه میانگین هر مولفه بیشتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. یانگ و براون (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ الی ۰/۹۱ را گزارش کردند. همچنین روایی همزمان این مقیاس با خودکنترلی ۰/۱۹ گزارش کردند. مهدوی و آزادی (۱۴۰۰) در بررسی سازه‌ای بار عاملی گویه‌های این پرسشنامه را در بازه ۰/۳۸ الی ۰/۸۱ گزارش کردند. عامری (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ مولفه‌های این پرسشنامه را از ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش نموده است. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس تکانشگری بارت^{۲۱} (BIS-11): این مقیاس توسط بارت^{۲۲} و همکاران (۲۰۰۴) با ۳۰ گویه و ۳ مقیاس، با نمره‌گذاری طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) طراحی شد. در پژوهش بارت و همکاران (۲۰۰۴) ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی سه عامل: عدم برنامه‌ریزی^{۲۳}، تکانشگری حرکتی^{۲۴} و تکانشگری شناختی^{۲۵} با بارهای عاملی ۰/۲۸، ۰/۳۱ و ۰/۴۱ استخراج شد. اختیاری و همکاران (۲۰۰۸)، ضریب پایایی نسخه فارسی آن را با روش آلفای کرونباخ، برای نمره کل در افراد وابسته به اعتیاد و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ضریب همبستگی (روایی) بین نمره کل آزمون افراد سالم با نتیجه عامل کژکنشی دیکمن مثبت و معنادار (۰/۳۳۶) گزارش کردند. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

1. Disconnection and Rejection
2. Emotional Deprivation
3. Abandonment
4. Mistrust/Abuse
5. Social Isolation
6. Defectiveness/Shame
7. Impaired Autonomy and Performance
8. Failure to Achieve
9. Dependence/Incompetence
10. Vulnerability to Harm
11. Enmeshment
12. Other Directedness
13. Subjugation
14. Self-Sacrifice
15. Over-Vigilance and Inhibition
16. Emotional Inhibition
17. Unrelenting Standards
18. Impaired Limits
19. Entitlement/Grandiosity
20. Insufficient Self-Control/Self-Discipline
21. Barratt Impulsivity Scale
22. Barratt
23. Unplanning
24. Movement Impulsivity
25. cognitive Impulsivity

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-11)^۱: نسخه نهایی پرسشنامه افسردگی توسط بک^۲ و همکاران تهیه شد، که شامل ۲۱ گویه برای سنجش شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در این پرسشنامه، پاسخ‌ها بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۰ و ۶۳ است که با جمع نمرات فردی در هر گویه، امتیاز فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. این گویه‌ها در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس شکست و ناتوانی، آشفتگی خواب، خودبیزاری، از دست دادن اشتها و احساس گناه هستند. سازندگان روایی آن را ۰/۶۷ و اعتبار آن را ۰/۷۹ گزارش دادند. در پژوهش زارعان و همکاران (۱۴۰۲) با استناد به پژوهش‌های متعدد و نظر متخصصان، روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه با ضریب ۰/۸۳ تأیید گردید و ضریب پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به مقدار ۰/۸۵ تعیین شد. همچنین در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۸ محاسبه شده است.

مداخلات درمانی: روایت‌درمانی وایت و اپستون^۳ (۱۹۹۰) به شیوه گروهی در مورد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد و خلاصه جلسات که توسط مشاور در کلینیک صورت گرفته است در جدول شماره ۱ شرح داده شده است و همچنین خلاصه برنامه مداخله درمانی هیجان مدار لسلای اس و گرینبرگ (۲۰۱۰) که با گروه دوم آزمایش اجرا شده، به تفکیک جلسات و محتوای آن در جدول زیر توصیف شده است.

جدول شماره ۱. خلاصه برنامه‌های مداخله روایت‌درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۰) و درمان هیجان‌مدار گرینبرگ (۲۰۱۰)

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین گروهی یا خانگی
اول	معرفی و آشنایی	زمان‌بندی، تعداد جلسات، انتظارات، مهارت‌های مشاور، هدف، ارزیابی جامع، رابطه حسنه، روایت درمانی، نمونه کار، روایت زندگی و داستان‌های مشکل‌دار	آشنایی با روند درمان	مرور و تحلیل داستان‌های مشکل‌دار
دوم	عینیت‌بخشی	نام‌گذاری مشکل، واژه‌های مشکل‌دار، شفاف‌سازی مشکل	نام‌گذاری مشکل	تمرین نام‌گذاری و استعاره سازی
سوم	ادامه استعاره سازی	بررسی استعاره‌های مشکل‌دار، ارتباط با روایت زندگی، اتخاذ موضع، آغاز ساختارشنکی	تجزیه و تحلیل استعاره‌ها	تمرین ساختارشنکی
چهارم	فاز ساختار شنکی	ساختارشنکی، استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل	تغییر نگرش نسبت به مشکل	تحلیل استثنائات و ساختارشنکی
پنجم	فاز بازسازی	استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی، خلق واقعیت، آغاز روایت سازی	بازسازی واقعیت زندگی	تمرین بازنمایی و خلق واقعیت جدید
ششم	غنی‌سازی	استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان، معنا دهی به آینده	غنی‌سازی داستان جدید	تمرین غنی‌سازی و معنادهی

1. Beck depression Inventory - second edition

2. Beck

3. White & Epston

۱۴ مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و...

هفتم	فاز تثبیت	زندگی در داستان جدید، پاسخگویی به سؤالات، بازنویسی داستان‌های گذشته	تثبیت داستان جدید	تمرین تثبیت و بازنویسی
هشتم	بررسی معنای زندگی	مستندات بیرونی، غنی‌سازی، تشویق به ادامه داستان، پس‌آزمون	ارزیابی و تثبیت	تمرین پایان درمان و ارزیابی

ادامه جدول شماره ۱. خلاصه برنامه مداخله درمانی هیجان‌مدار گرینبرگ^۱ (۲۰۱۰)

جلسات	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین
اول	معرفی و آشنایی	زمان‌بندی، انتظارات، مهارت‌ها، هدف، ارزیابی، رابطه حسنه	آشنایی با فرایند درمان	تعیین اهداف فردی
دوم	پذیرش تجربیات	تعاملات مشکل‌دار، چرخه‌های منفی	شناسایی مشکلات	بحث گروهی درباره مشکلات
سوم	کشف احساسات	ابراز احساسات، کشف ترس‌ها	شناخت عواطف زیربنایی	تمرین ابراز احساسات
چهارم	شکل‌دهی تعاملات	پاسخ‌های هیجانی، هماهنگی درمانگر	تغییر تعاملات منفی	تمرین هماهنگی
پنجم	پذیرش احساسات	شناسایی نیازهای دلبستگی	بهبود خودآشنایی	تمرین خودآشنایی
ششم	گسترش تجربه‌ها	پذیرش پاسخ‌های جدید	پذیرش تجربه‌های اطرافیان	تمرین پذیرش
هفتم	بازسازی راه‌حل‌ها	تغییر رفتارهای آسیب‌رسان	حل مشکلات کهنه	بحث درباره راه‌حل‌ها
هشتم	مرور و پذیرش	مرور یادگیری‌ها، اجرای طرح	پذیرش وضعیت جدید	ارزیابی نهایی و بحث

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر، حاصل مطالعه ۶۰ دانش‌آموز مقطع متوسطه دوره دوم است. شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی سه گروه در جدول شماره ۲ آمده است. بررسی جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش یعنی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار اثر کاهنده‌ای بر روی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی دانش‌آموزان داشته است.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مختلف در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین		انحراف معیار	
		روایت درمانی	هیجان‌مدار	روایت درمانی	هیجان‌مدار
طرحواره ناسازگار اولیه	پیش‌آزمون	۲۵۶/۸۴	۲۶۱/۷۷	۲۵۸/۹۱	۱۱/۸۳
	پس‌آزمون	۱۹۹/۱۷	۲۰۱/۷۳	۲۵۵/۴۹	۱۴/۳۵
تکانشگری	پیش‌آزمون	۷۳/۶۷	۷۵/۸۱	۷۶/۸۶	۹/۶۱
	پس‌آزمون	۶۳/۲۹	۶۲/۹۴	۷۷/۴۹	۱۰/۲۴
افسردگی	پیش‌آزمون	۴۱/۵۶	۴۰/۸۹	۴۰/۶۷	۸/۷۵
	پس‌آزمون	۲۹/۴۷	۳۰/۷۴	۳۹/۵۱	۷/۴۹

1. Greenberg

در ادامه برای آزمون، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شده است. نتایج بررسی‌ها پیش فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها به وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف آزمون شد و یافته‌ها نشان داد که متغیرهای طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در هر سه گروه و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای توزیع نرمال بوده است. با توجه به اینکه مقادیر به‌دست‌آمده از آزمون توزیع طبیعی داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آماره Z در متغیرهای بررسی شده در پژوهش در نوبت‌های اجرا و در گروه‌های پژوهش ($p>0/05$) بود. با توجه به نتیجه آزمون توزیع طبیعی با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌های جمع‌آوری و مورد بررسی واقع شده، از توزیع بهنجار برخوردار بوده‌اند؛ قبل از انجام آزمون کوواریانس میان متغیرها فرضیه همگنی شیب واریانس‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت، آزمون لوین و ام.باکس نیز نشان داد که برای هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش معنادار نبوده است؛ بنابراین شرط همگنی واریانس برای متغیرهای پژوهش رد نشده است؛ که نتایج نشان‌دهنده برقراری مفروضه یادشده بود. نتایج تحلیل تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول شماره ۳ گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول شماره ۳، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی معنادار است؛ به طوری که بعد از انجام مداخله، نمرات طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی کاهش معنادار داشته است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار باعث کاهش نشانه‌های طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی دانش‌آموزان دارای افکار خود آسیب‌رسان شده است.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس اثرات مداخلات بر طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی با کنترل نمرات

پیش‌آزمون در گروه‌ها

متغیرهای وابسته	منابع تغییرات	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
طرحواره ناسازگار اولیه	زمان	۱۶۷/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	گروه	۴۹/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
	زمان	۱۱۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
تکانشگری	گروه	۳۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۸/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	زمان	۱۱۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
افسردگی	گروه	۳۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۷/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰

به‌منظور بررسی دقیق تفاوت میان گروه‌های آزمایشی و کنترل از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود. ($P<0/05$). بر اساس نتایج جدول شماره ۴، نتایج آزمون بونفرونی در مرحله پس‌آزمون حاکی از تفاوت معنادار هر دو گروه آزمایشی با گروه کنترل در کاهش نمرات طرحواره ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی بوده است؛ گروه‌هایی که تحت روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار قرار داشتند، نشان‌دهنده اثربخشی روی کاهش نمرات طرحواره ناسازگار

۱۶..... مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و...

اولیه، تکانشگری و افسردگی بوده است و تفاوت معناداری میان نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل به‌دست‌آمده است، ولی در رابطه با برتری اثربخشی مداخلات انجام‌شده، نتایج نشان‌دهنده تفاوت معناداری میان گروه‌های درمانی نبوده است و اثربخشی نسبت به دیگری تأیید نشده است.

جدول شماره ۴: آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
طرحواره ناسازگار اولیه	روایت‌درمانی - کنترل	-۵۶/۳۲	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار - کنترل	-۵۳/۷۶	۰/۰۰۱
	روایت‌درمانی - درمان هیجان‌مدار	-۲/۵۶	۰/۳۴
	روایت‌درمانی - کنترل	-۱۴/۲	۰/۰۰۱
تکانشگری	درمان هیجان‌مدار - کنترل	-۱۶/۶۱	۰/۰۰۱
	روایت‌درمانی - درمان هیجان‌مدار	۰/۳۵	۰/۷۰
	روایت‌درمانی - کنترل	-۱۰/۰۴	۰/۰۰۹
افسردگی	درمان هیجان‌مدار - کنترل	-۸/۷۷	۰/۰۴
	روایت‌درمانی - درمان هیجان‌مدار	-۱/۲۷	۰/۴۵

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی انجام شد. در این مطالعه، سه متغیر کلیدی که با خودکشی مرتبط هستند، شامل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه که ناشی از ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی هستند، می‌توانند عامل بسیاری از رفتارهای خودکشی‌گرایانه باشند (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۲؛ پیکینگتون و همکاران، ۲۰۲۱؛ پیترز و همکاران، ۲۰۲۱). تکانشگری نیز عمل بدون پیش‌بینی است و به‌نظر می‌رسد سطوح بالاتر تکانشگری با رفتارهای پرخطر مانند سوء‌مصرف مرتبط است (بروکه و همکاران، ۲۰۲۲؛ بیچ و همکاران، ۲۰۲۲؛ هوانگ و همکاران، ۲۰۲۳). افسردگی با تأثیر عمیق بر وضعیت روانی افراد و افزایش حس ناامیدی و بی‌ارزشی، نقش مهمی در بروز رفتارهای خودکشی دارد (مارهاوا و همکاران، ۲۰۲۳؛ نیچال و همکاران، ۲۰۲۲؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۳). بر طبق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر در فرضیه اول، نشان داده شد که روایت‌درمانی منجر به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی شده، یافته‌های این پژوهش با نتایج یافته‌های داخلی چنگیزی و همکاران (۱۴۰۰)، بقولی کرمانی و همکاران (۱۴۰۰)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸) و یافته‌های خارجی فلاسکاس (۲۰۲۲) همسوست.

در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان به مکانیسم‌های روان‌شناختی مختلفی اشاره کرد که نشان‌دهنده تأثیر روایت‌درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی است؛ بدین معنا که روایت‌درمانی بر بازنگری و بازسازی داستان‌های زندگی افراد تمرکز دارد. این رویکرد بر این باور استوار است که افراد با روایت و بازنگری در داستان‌های زندگی‌شان، می‌توانند معنا و مفهوم جدیدی به تجربیات خود بدهند و دیدگاه‌های مثبت‌تری ایجاد کنند. این فرایند بازنگری و بازسازی، به افراد کمک می‌کند تا از تجربیات منفی و آسیب‌زا فاصله بگیرند و به جای دیدگاه‌های ناکارآمد و منفی، دیدگاه‌های مثبت‌تری به تجربیات خود داشته باشند. افرادی که دچار رفتارهای مشکل‌زا و خود آسیب‌رسانی هستند یا افکار خودکشی دارند، معمولاً به دلایل مختلفی از جمله ضربه‌های روانی دوران کودکی، محیط خانوادگی نامناسب و آشفته، بدرفتاری در کودکی، قربانی شدن و تجارب ناگوار دوران کودکی در تنظیم هیجان‌اتشان مشکل دارند. این مشکلات اگر در دوران کودکی حل نشوند، منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌شوند که تا بزرگسالی و حتی پایان عمر باقی می‌مانند. طرحواره‌های ناسازگار باعث می‌شوند که فرد خود را قربانی ببیند و در نتیجه دچار تکانشگری بالا و افسردگی شدید شود. روایت‌درمانی با کمک به فرد در بازنگری و بازسازی داستان‌های زندگی، به فرد کمک می‌کند تا از تجربیات منفی فاصله بگیرد و دیدگاه‌های جدید و مثبت‌تری به تجربیات خود داشته باشد. این فرایند شامل جداسازی فرد از مشکل، بازنگری در داستان‌های زندگی و بازسازی آنهاست. جداسازی فرد از مشکل به این معناست که فرد یاد می‌گیرد مشکل را به‌عنوان یک جزء خارجی و جدا از خود ببیند. این کار به فرد کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر روی مشکل داشته باشد و احساس قدرت و کنترل بیشتری پیدا کند. بازنگری در داستان‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا تجربیات مثبت و موفقیت‌های خود را شناسایی کند و به آنها اهمیت بدهد. بازسازی داستان‌ها نیز به فرد کمک می‌کند تا دیدگاه‌های جدید و مثبتی به تجربیات خود بدهد و احساس کنترل و قدرت بیشتری پیدا کند.

همچنین، برطبق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر در فرضیه دوم، نشان داده شد که درمان هیجان‌مدار منجر به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی شده، یافته‌های این پژوهش با نتایج یافته‌های داخلی علوی و همکاران (۱۴۰۲) و یافته‌های خارجی گورپاد (۲۰۲۳)، گرینمن و جانسون (۲۰۲۲) و پاتل و پاندی (۲۰۲۱) همسو است. یکی از ویژگی‌های کلیدی درمان هیجان‌مدار، تمرکز بر شناخت و پذیرش هیجان‌ات است. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌ات خود را شناسایی و بپذیرند. پذیرش هیجان‌ات به فرد اجازه می‌دهد تا به‌جای سرکوب کردن هیجان‌ات، آنها را به‌صورت مناسب مدیریت کند. این فرایند به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک می‌کند، زیرا فرد می‌آموزد که به‌جای فرار از هیجان‌ات یا سرکوب آنها، با آنها به‌صورت سازنده برخورد کند. در این رویکرد، فرد یاد می‌گیرد که هیجان‌ات خود را به‌عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرد و به‌جای نادیده گرفتن یا سرکوب آنها، به‌صورت مثبت با آنها مواجه شود. همچنین، درمان هیجان‌مدار به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌ات خود را به‌صورت آزادانه و بدون ترس از قضاوت دیگران ابراز کنند. این تجربه و ابراز هیجان‌ات می‌تواند به کاهش تکانشگری کمک کند، زیرا فرد یاد می‌گیرد که به‌جای واکنش‌های تکانشی، هیجان‌ات خود را به شیوه‌ای مناسب بیان کند. با کمک به فرد در ابراز هیجان‌ات به شیوه‌ای سالم، درمان هیجان‌مدار می‌تواند به کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود کنترل هیجانی کمک کند. این رویکرد همچنین به فرد کمک می‌کند تا از طریق

۱۸..... مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و...

بیان هیجان‌ات، به پردازش و درک عمیق‌تر آنها بپردازد و از این طریق به کاهش شدت هیجان‌ات منفی و افزایش هیجان‌ات مثبت برسد.

درمان هیجان‌مدار همچنین با ایجاد ارتباطات ایمن و حمایتی، به فرد کمک می‌کند تا احساس امنیت و ارتباط بیشتری با دیگران پیدا کند. این احساس امنیت و ارتباط می‌تواند به کاهش افسردگی کمک کند، زیرا فرد احساس تنهایی و بی‌کسی کمتری خواهد داشت. از آنجاکه افسردگی اغلب با احساس تنهایی و انزوا همراه است، ایجاد روابط حمایتی و ایمن می‌تواند به بهبود وضعیت روانی فرد کمک کند. در این رویکرد، فرد یاد می‌گیرد که چگونه روابط معنادار و حمایت‌کننده‌ای برقرار کند و از این طریق به کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی خود دست یابد.

این رویکرد با تأکید بر اهمیت روابط سالم و حمایت‌کننده، به فرد کمک می‌کند تا ارتباطات خود را بهبود بخشد و از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار شود. این حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در کاهش افسردگی و بهبود سلامت روانی فرد داشته باشد. در نهایت، درمان هیجان‌مدار به فرد کمک می‌کند تا با هیجان‌ات و تجربیات خود به شیوه‌ای سالم‌تر و سازنده‌تر برخورد کند. این رویکرد با ایجاد تغییرات مثبت در نحوه برخورد فرد با هیجان‌ات و روابط بین‌فردی، می‌تواند به کاهش مشکلات روان‌شناختی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی کمک کند. با توجه به یافته‌های پژوهش، فرضیه دوم نیز تأیید می‌شود و نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند به‌طور مؤثری به کاهش مشکلات روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی کمک کند. این رویکرد با تقویت توانایی فرد در مدیریت هیجان‌ات و بهبود کیفیت روابط بین‌فردی، نقش مهمی در بهبود سلامت روانی و کاهش رفتارهای خودکشی دارد.

در بررسی فرضیه سوم، که به مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری، و افسردگی در دانش‌آموزان دارای گرایش به خودکشی می‌پردازد، نتایج پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی به‌طور مؤثری در بهبود این متغیرها نقش داشتند. با اینکه این دو روش از لحاظ شیوه مداخله تفاوت‌هایی دارند، اما هر دو توانستند نتایج مشابهی را در کاهش علائم مورد نظر ارائه دهند و تفاوت معناداری بین این دو روش مشاهده نشد. روایت‌درمانی، که با تمرکز بر بازسازی داستان زندگی فرد و بازتعریف هویت شخصی کار می‌کند، از طریق تغییر روایت‌های قدیمی و جدا کردن فرد از مشکلاتش، به کاهش اثرات منفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و افسردگی کمک کرد. این روش به دانش‌آموزان اجازه داد تا با بازنویسی داستان زندگی خود، دیدگاه جدید و مثبتی نسبت به تجربیاتشان پیدا کنند و از این طریق، کنترل بیشتری بر زندگی خود به دست آورند. درمان هیجان‌مدار نیز که بر پردازش و بازسازی هیجان‌ات عمیق تمرکز دارد، به دانش‌آموزان کمک کرد تا هیجان‌ات منفی خود را شناسایی، بیان و پردازش کنند، و در نتیجه، به کاهش افسردگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کنترل تکانشگری دست یابند. براساس این نتایج، نشان داده شد که هر دو روش درمانی می‌توانند به‌عنوان رویکردهای کارآمد در مداخله با دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مورد استفاده قرار گیرند، بدون آنکه یکی از این دو روش به‌طور واضح بر دیگری برتری داشته باشد. پس انتخاب بین این دو روش باید بر اساس ویژگی‌های فردی، نیازهای خاص بیمار، و منابع موجود صورت گیرد، زیرا هر دو روش توانایی لازم برای کاهش عوامل خطر و بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان را دارا هستند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود، از جمله که حجم نمونه محدود ممکن است بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر گذاشته باشد؛ براین اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، با افزایش حجم نمونه و تنوع جمعیت شامل دانش‌آموزان دختر و گروه‌های سنی مختلف، دقت و قابلیت تعمیم نتایج بهبود یابد. بررسی اثرات طولانی‌مدت، و انجام پژوهش در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف به منظور دست یافتن به پایداری نتایج امری ضروری است. توصیه می‌شود پروتکل‌های روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار به‌عنوان روش‌های غیر دارویی در مراکز روان‌شناختی و مدارس به‌کار گرفته شوند و مشاوران آموزش و پرورش، این مداخلات را سالانه برای دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی اجرا کنند تا شناسایی و حمایت مؤثرتری صورت گیرد.

سپاسگزاری

از تمامی معلمان شهر تهران که با شرکت خود در پژوهش، به روند اجرای طرح کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود.

حامی مالی: تمامی منابع مالی این پژوهش توسط نویسندگان پژوهش تأمین شده است.

تعارض منافع: بر اساس اعلام نویسندگان، این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع ندارد.

منابع

احمدی، سحر؛ ماردپور، علیرضا و محمودی، آرمین. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۰(۳۶)، ۸۵-۱۰۷.

https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_3605.html

اختیاری، حامد، رضوانفرد، مهرانز و مکرری، آذرخش (. ۱۳۸۷) تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام‌شده. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۳(۵۴)، ۲۴۷-۲۵۷

<http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-fa.html>

1-567-1

امینی، فرشته؛ جعفری روشن، مرجان و لیل آبادی، لیدا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۶)، ۲۵۴۰-۲۵۳۱.

https://mjms.mums.ac.ir/article_22635.html

بقولی کرمانی، مریم؛ گل پرور، محسن؛ آتش پور، حمید و صادقی، معصومه. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، روایت‌درمانی زوجی، و طرحواره‌درمانی زوجی بر سرمایه عاطفی و افسردگی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و همسران آنها.

https://journal.icns.org.ir/browse.php?a_code=A-10. ۱۸۸-۲۰۱، (۱) ۱۰، ۱۸۸-۲۰۱.

چنگیزی، فرشته؛ آزموده، معصومه؛ لیوارجانی، شعله و واحدی، شهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی. نشریه علمی آموزش و ارزشیابی (فصلنامه)، ۱۴(۵۳)، ۵۹-۶۰.

https://jinev.tabriz.iau.ir/article_683360.html ۳۱

رادمهر، فرناز؛ مومنی، خدامراد؛ کرمی، جهانگیر و داوری نژاد، عمران. (۱۴۰۳). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی-جبری: نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گر. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۵۳)، ۴۳-۶۰.

https://jcps.atu.ac.ir/article_17467.html

۲۰ مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تکانشگری و...

زارعان، مژگان؛ احدی، حسن؛ جمهری، فرهاد و سهرابی، فرامرز. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی و سازگاری زنان پس از عمل سقط جنین. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۴(۱)، ۳۹۶-۴۱۹.

https://www.aftj.ir/article_163567.html

عامری نرجس. (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۶): ۷۰-۴۷.

<http://etiadjohi.ir/article-1-2828-fa.html>

علوی، سیدحسین؛ قاسمی مطلق، مهدی؛ اسماعیلی شاد، بهرنگ و بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی مطالعات

روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۳ (۱)، ۲۶۵-۲۵۳. <https://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-137-fa.html>

نامجو باغبینی، نسرين؛ سلطانی، امان‌الله؛ منظری توکلی، علیرضا؛ منظری توکلی، حمدالله. (۱۴۰۲). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی مقیاس ارزیابی رفتار خودکشی نوجوانان در دختران دانش‌آموز دوره متوسطه دوم شهر کرمان در سال ۱۴۰۰: یک مطالعه توصیفی. *مجله*

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۲ (۵): ۴۵۹-۴۷۸. <https://journal.rums.ac.ir/article-1-6915-fa.html>

نصیرهرند، منصوره؛ مکوندی، بهنام؛ باوی، ساسان و پاشا، رضا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی. *دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۹(۲)، ۱۰۵-۱۲۸.

https://psychac.scu.ac.ir/article_17643.html

Ahmadi, S., Maredpoor, A., & Mahmoodi, A. (2019). Comparison the effectiveness of narrative therapy on early maladaptive schemas, increasing the quality of life and marital satisfaction in couples divorce applicant in Shiraz city. *Psychological Models and Methods*, 10(36), 67-85. https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_3605.html (Text in Persian)

Alavi, S. H., Motlagh, M. G., Shad, B. E., & Bakhshipour, A. (2022). The effectiveness of solution-focused therapy on emotional, cognitive, motivational and biological symptoms of major depressive disorder in men and women. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 3(1), 253-265. <https://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-137-fa.html> (Text in Persian)

Ameri N. (2023). Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion. *Research on addiction*. 16 (66): 47-70. <http://etiadjohi.ir/article-1-2828-fa.html> (Text in Persian)

Amini, f, Jafari roshan, m, & Leilabadi, L. (2023). The effectiveness of mindfulness skills training on depression and social health of women with depression. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 65(6), 2540-2531. doi: 10.22038/mjms.2022.68628.4074 (Text in Persian)

Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., ... & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *Jama Psychiatry*, 79(4), 287-299. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0010

Bagholi Kermani M, Golparvar M, Athashpour H, Sadeghi M. (2021). Comparison of the effect of integrative behavioral couple therapy, narrative couple therapy and couple schema therapy on affective capital and depression among people with coronary artery disease and their spouses. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 10 (1) :188-201. https://journal.icns.org.ir/browse.php?a_code=A-10 (Text in Persian)

- Başer Baykal, N., & Erden Çınar, S. (2023). Understanding early maladaptive schemas formation with traumatic experiences in childhood: A qualitative study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(4), 555-573. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2088320>
- Beach, V. L., Gissandaner, T. D., & Schmidt, A. T. (2022). The UPPS model of impulsivity and suicide: a systematic literature review. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 985-1006. [Doi: 10.1080/13811118.2021.1892002](https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1892002)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II)*. Psychological Corporation.
- Brokke, S. S., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2022). Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high and low lethality. *Biomedcentral (Bmc) Psychiatry*, 22(1), 753. [Doi: 10.1080/13811118.2021.1892002](https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1892002)
- Changizi, F., Azmoudeh, M., Livarjani, S., & Vahedi, S. (2021). Effectiveness of mindfulness-based narrative, group therapy on improving the cognitive outcomes in students with depressive symptoms. *Journal of Scientific Education and Evaluation (Quarterly)*, 14(53), 31-59. https://jinev.tabriz.iau.ir/article_683360.html (Text in Persian)
- Chen, J. I., Roth, B., Dobscha, S. K., & Lowery, J. C. (2024). Implementation strategies in suicide prevention: a scoping review. *Implementation Science*, 19(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01350-2>
- Dai, Z., Zhou, H., Zhang, W., Tang, H., Wang, T., Chen, Z., ... & Lu, Q. (2022). Alpha-beta decoupling relevant to inhibition deficits leads to suicide attempt in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 314, 168-175. [Doi:10.1016/j.jad.2022.07.010](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.010)
- Ekhtiari, H., Rezvanfard, M., and Mokri, A. (2008). Impulsivity and its different assessment tools: A review of viewpoints and conducted researches *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 14(3), 247-257. (Text in Persian)
- Ghorpade, M. N. K. (2023). Effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) on self-esteem and other psychosocial problems: A systematic review. *Korean Journal of Physiology and Pharmacology*, 27(3), 237-243. [Doi:1 http://kjppor.com/index.php/](http://kjppor.com/index.php/)
- Ghosh, S., & Halder, S. (2024). Neurocognitive Profile of Individuals having Depression with Suicidal Ideation. *Journal of Psychosocial Research*, 19(1), 53-63. doi: 10.32381/jpr.2024.19.01.6
- Grażka, A., & Strzelecki, D. (2023). Early maladaptive schemas and schema modes among people with histories of suicidality and the possibility of a universal pattern: a systematic review. *Brain Sciences*, 13(8), 1216. [Doi:10.3390/brainsci13081216](https://doi.org/10.3390/brainsci13081216)
- Grażka, A., Królewski, K., Sójta, K., & Strzelecki, D. (2023). Suicidality in the light of schema therapy constructs, ie, Early Maladaptive Schema and Schema Modes: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(21), 6755. <https://doi.org/10.3390/jcm12216755>
- Greenberg, L. S. (2010). of The Emotion Clinical in Psychotherapy. *Handbook of Emotions*, 88.
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 146-150. [Doi:10.1037/cou0000384](https://doi.org/10.1037/cou0000384)
- Haque, R., Islam, N., Islam, M., & Ahsan, M. M. (2022). A comparative analysis on suicidal ideation detection using NLP, machine, and deep learning. *Technologies*, 10(3), 57. [Doi:10.1037/cou0000384](https://doi.org/10.1037/cou0000384)
- Hayes, J. A., Petrovich, J., Janis, R. A., Yang, Y., Castonguay, L. G., & Locke, B. D. (2020). Suicide among college students in psychotherapy: Individual predictors and latent classes. *Journal of Counseling Psychology*, 67(1), 104. [Doi: doi/10.1037/cou0000384](https://doi.org/10.1037/cou0000384)

- Huang, M. H., Kuan, Y. H., Tu, P. C., Chang, W. C., Chan, Y. L. E., & Su, T. P. (2023). Brain structural abnormalities and trait impulsivity in suicidal and non-suicidal patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 333, 10-17. [Doi: 10.1016/j.jad.2023.04.050](https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.050)
- Huber, R. S., McGlade, E. C., Legarreta, M., Subramaniam, P., Renshaw, P. F., & Yurgelun-Todd, D. A. (2021). Cingulate white matter volume and associated cognitive and behavioral impulsivity in Veterans with a history of suicide behavior. *Journal of Affective Disorders*, 281, 117-124. [Doi:10.1007/s00406-022](https://doi.org/10.1007/s00406-022)
- Karadag, M., & Demir, B. (2022). The impact of impulsivity and school attendance on COVID 19 spread: A web based cross sectional questionnaire. *Psychology in the Schools*. [Doi:10.1002/pits.2270](https://doi.org/10.1002/pits.2270)
- Kim, B., & Lee, E. (2021). The role of avoidance coping and problem-focused style of coping in the association between early maladaptive schemas and suicide ideation in depressive disorder patients: A moderated mediation model. *Korean Journal of Stress Research*, 29(4), 283-292. [Doi:10.17547/kjsr.2021.29.4.283](https://doi.org/10.17547/kjsr.2021.29.4.283)
- Krishnamoorthy, S., Mathieu, S., Armstrong, G., Ross, V., Francis, J., Reifels, L., & Kølves, K. (2024). Implementation of Complex Suicide Prevention Interventions: Insights into Barriers, Facilitators and Lessons Learned. *Archives of Suicide Research*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2024.2368127>
- Liu, D., Liu, S., Deng, H., Qiu, L., Xia, B., Liu, W., & Zhang, X. (2023). Depression and suicide attempts in Chinese adolescents with mood disorders: the mediating role of rumination. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(4), 931-940. [Doi:10.1007/s00406-022-01444-2](https://doi.org/10.1007/s00406-022-01444-2)
- Marwaha, S., Palmer, E., Suppes, T., Cons, E., Young, A. H., & Upthegrove, R. (2023). Novel and emerging treatments for major depression. *The Lancet*, 401(10371), 141-153. [Doi: https://doi.org/10.1016/S0140-](https://doi.org/10.1016/S0140-)
- Milesi, I. P., de Araújo, R. M. F., & Bücker, J. (2023). Suicidal behavior and early maladaptive schemas and schema domains. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(7), 514-518. [10.1097/NMD.0000000000001642](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001642)
- Namjo Baghini N, Soltani A, Manzari Tavakoli A, Manzari Tavakoli H. (2023). Factor structure and validity of the suicide behavior assessment scale in female high school students in kerman city in 2021: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences (JRUMS)*, 22 (5) :459-478. <https://journal.rums.ac.ir/article-1-6915-fa.html> (Text in Persian)
- Nasirharand, M., Makvandy, B., bavi, S., & Pasha, R. (2022). Comparison of the effectiveness of schema therapy and compassion-focused therapy on marital life satisfaction and maladaptive schemas married women students of Ahvaz Azad University. *Psychological Achievements*, 29(2), 105-128. [doi: 10.22055/psy.2022.39426.2765](https://doi.org/10.22055/psy.2022.39426.2765) (Text in Persian)
- Ociskova, M., Prasko, J., Kantor, K., Hodny, F., Kasyanik, P., Holubova, M., & Belohradova, K. M. (2022). Schema therapy for patients with bipolar disorder: theoretical framework and application. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 29. [Doi: https://doi.org/10.2147%2FNDT.S344356](https://doi.org/10.2147%2FNDT.S344356)
- Okechukwu, F. O., Ogba, K. T., Nwufu, J. I., Ogba, M. O., Onyekachi, B. N., Nwanosike, C. I., & Onyishi, A. B. (2022). Academic stress and suicidal ideation: moderating roles of coping style and resilience. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-12. [Doi: https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com](https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com)
- Patel, V., & Pandey, N. (2021). Effectiveness of EFT on suicidal ideation among young adults. *International Journal of Indian Psychology*, 9(3), 2020-2028. [Doi: https://www.researchgate.net](https://www.researchgate.net)

- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597. [Doi:10.1111/bjc.12324](https://doi.org/10.1111/bjc.12324)
- Pilkington, P., Younan, R., & Bishop, A. (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 3, 100051. [Doi: 10.1080/13811118](https://doi.org/10.1080/13811118)
- Radmehr, F., Momeni, K., Karami, J., & Davarinejad, O. (2024). Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation. *Clinical Psychology Studies*, 14(53), 43-60. Doi: 10.22054/jcps.2024.68652.2774 (Text in Persian)
- Saggino, A., Balsamo, M., Carlucci, L., Cavalletti, V., Sergi, M. R., Dafermo, G., and Tommasi, M. (2018). Psychometric properties of the Italian version of the Young Schema Questionnaire 1-3: Preliminary results. *Frontiers in Psychology*, 9, 312. [Doi:10.3389/fpsyg.2018.00312](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00312)
- Sanchez, E. O., & Bangasser, D. A. (2022). The effects of early life stress on impulsivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 137, 104638. [Doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104638](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104638)
- Sánchez-Carro, Y., de la Torre-Luque, A., Díaz-Marsá, M., Aguayo-Estremera, R., Andreo-Jover, J., Ayad-Ahmed, W., ... & SURVIVE Consortium. (2024). Psychiatric profiles in suicidal attempters: Relationships with suicide behavior features. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2024.01.004>
- Shafti, M., Taylor, P. J., Forrester, A., & Pratt, D. (2021). The co-occurrence of self-harm and aggression: a cognitive-emotional model of dual-harm. *Frontiers in Psychology*, 12, 586135. [Doi: 10.3389/fpsyg.2021.586135](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.586135)
- Spittal, M. J., Gunnell, D., Sinyor, M., Clapperton, A., Roberts, L., Pirkis, J., & Niederkrotenthaler, T. (2024). Evaluating population-level interventions and exposures for suicide prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000961>
- White, M., & Epston, D. (1990). A storied therapy. *Narrative Means to Therapeutic Ends*, 77-187.
- Yaqoob, N., & Ahsan, S. (2023). Impact of mood disorders and personality disorders on suicide intent among self-harm patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 39(2), 491. <https://doi.org/10.12669/2Fpjms.39.2.6140>
- Young, J. E., Klosko, J. S., and Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner, guide. *New York: Guilford Press*. [Doi:10.1186/s12888](https://doi.org/10.1186/s12888)
- Zarean, M., Ahadi, H., Jomehri, F., & Sohrabi, F. (2023). Comparison of the effectiveness of reality therapy and cognitive behavioral therapy on depression and adjustment in post-abortion women. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(1), 396-419. Doi: 10.22034/aftj.2022.329891.1408 (Text in Persian)



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).