

بررسی طر حواره های غير انطباقی اوليه در افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه

مسمومیت

مرجان حلمی خمیرانی^۱، فرگس شمس علیزاده^۲، فرزین رضاعی^۳

۱. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مؤلف مسئول)، تلفن ثابت: ۰۸۷۱-۶۶۶۰۰۲۵، firezaie@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: در مدل شناختی بک، نظر بر آن است که تجربیات در افراد به تشکیل فرض‌ها یا طرح‌واره‌هایی درباره‌ی خویشتن و جهان می‌انجامد. این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها خود در سازمان‌بندی ادراک و کنترل و ارزیابی رفتار، مورد استفاده قرار می‌گیرند. برخی از این فرض‌ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه ناکارآمد یا نابارور هستند. هدف از این مطالعه تعیین طر حواره‌های غير انطباقی اوليه در اقدام کنندگان به خودکشی با روش مسمومیت، براساس پرسشنامه طر حواره‌ای یانگ و بررسی رابطه آنها با خودکشی می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مورد-شاهدی بود. گروه شاهد افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان توحید شهر سنندج و گروه کنترل افراد جامعه بودند که با گروه شاهد همسان‌سازی شدند. تعداد نمونه در هر گروه ۲۰۴ نفر بود که پرسشنامه‌های طر حواره یانگ و افسردگی بک را تکمیل نمودند. برای روش‌های آماری از مدل رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد طر حواره‌های خودتحويل نیافته/گرفتار و معیارهای سرسختانه یا نامتعطف می‌توانند به عنوان عوامل موثر در بروز خودکشی مطرح باشند و نیز بین افسردگی و طر حواره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدن/بی ثباتی، انزوای اجتماعی و ایثار همبستگی وجود دارد. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که در افراد غیر افسرده، طر حواره خودتحويل نیافته و طر حواره محرومیت هیجانی در بروز اقدام به خودکشی نقش داشته است.

نتیجه‌گیری: به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت؛ طر حواره خودتحويل نیافته به صورت مستقل از افسردگی و طر حواره محرومیت هیجانی هم به صورت مستقل و هم به صورت غیر مستقیم (از طریق ایجاد افسردگی) در بروز رفتارهای خودکشی از طریق مسمومیت نقش دارند.

کلیدواژه: طر حواره‌های غير انطباقی اوليه، خودکشی، افسردگی، پرسشنامه یانگ.

وصول مقاله: ۹۲/۱/۲۶ اصلاحیه نهایی: ۹۲/۴/۱۵ پذیرش: ۹۲/۹/۱۷

مقدمه

در مدل شناختی بک، نظر بر آن است که تجربیات در افراد به تشکیل فرض‌ها یا طرح‌واره‌هایی درباره‌ی خویشتن و جهان می‌انجامد. برخی از این فرض‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه ناکارآمد یا نابارور هستند. هنگامیکه اتفاقات محیط اطراف سبب فعال شدن این فرض‌ها و باورهای ناکارآمد شوند، افکار خود‌آیند منفی را بر می‌انگیزند که منجر به افسردگی خواهد شد. با پیشرفت افسردگی افکار خود‌آیند منفی هرچه بیشتر زیاد و شدید می‌گردند و افکار منطقی‌تر هر چه بیشتر ناپدید می‌شود و بدین ترتیب دور باطل شکل می‌گیرد (۱).

طرح‌واره درمانی یکی از شاخه‌های درمان شناختی رفتاری است که توسط جفری یانگ و همکارانش از دهه‌ی نود میلادی پایه‌ریزی شد (۲). براساس نظر یانگ آسیب‌های روانی از شکل‌گیری و ثابت ماندن طرح‌واره‌های غیر انطباقی ناشی می‌شوند (۳). طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه الگوهای هیجانی شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در طول زندگی تکرار می‌شوند و اغلب زیربنای نشانه‌های مزمنی مانند افسردگی می‌شوند (۴). این طرح‌واره‌ها از ارضا نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند و اطلاعات مربوط به رابطه‌ی بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش و پردازش شناختی نابهنجار در پی دارند. به عبارت ساده‌تر طرح‌واره‌ها را می‌توان فیلترهای ذهنی دانست که سبب می‌شوند فرد، دنیا را از زاویه خاصی بنگرد (۱).

پژوهشی که توسط احمدیان گرجی و همکاران روی بیماران افسرده صورت گرفت نشان داد که شدت سه طرح‌واره‌ی محرومیت عاطفی، وابستگی و بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری با بروز رفتارهای خودکشی ارتباط دارد (۳). همچنین برخی مطالعات نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در اتخاذ روش‌های مقابله

غیر انطباقی نشان داده‌اند (۵ و ۶). علی‌رغم پیشرفت‌هایی که اخیراً در زمینه‌ی شناخت-درمانی روی داده و شناخت-درمانی به عنوان درمانی موفق برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روانپزشکی مبتنی بر طرح‌واره‌ها طراحی شده است، هنوز اطلاعات جامعی درباره‌ی ساختار طرح‌واره‌های خودکشی در دسترس نیست (۳) و با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اینکه سالیانه یک میلیون نفر در جهان خودکشی و ۲۰ میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند و سومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال است و میزان خودکشی در ایران بالاتر از سایر کشورهای منطقه‌ی خاورمیانه است (۷). از آنجایی که این پدیده برای نظام بهداشتی و درمانی کشور پرهزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور ما سازگار نیست یک مشکل جدی محسوب می‌شود.

مطالعات، رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را با شماری از علایم روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و رفتارهای ایذایی نشان داده‌اند (۸-۱۱)، اما در زمینه ارتباط طرح‌واره‌ها و خودکشی مطالعه چندانی انجام نشده است. ارتباط بین اقدام به خودکشی و روشهای مقابله‌ای غیرانطباقی از یکسو و افسردگی از سوی دیگر در برخی مطالعات نشان داده شده است (۱۲ و ۱۳). از سوی دیگر برخی محققین رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناسالم را مطرح کرده‌اند (۵). لذا هدف از این مطالعه تعیین طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه در اقدام‌کنندگان به خودکشی بر اساس پرسشنامه طرح‌واره‌ای یانگ و تعیین ارتباط آنها با خودکشی بود. به عبارت دیگر در پی آن بودیم که نشان دهیم آیا طرح‌واره بخصوصی با اقدام به خودکشی در ارتباط است و آیا این ارتباط به واسطه افسردگی است یا خیر. البته به دلیل عدم دسترسی به سایر انواع اقدام به خودکشی در این مطالعه صرفاً موارد اقدام به خودکشی از طریق مسمومیت دارویی بررسی شد.

روش بررسی

در این مطالعه مورد-شاهدی، ۲۰۴ نفر از افرادی که به روش مسمومیت اقدام به خودکشی کرده و در بخش داخلی بیمارستان توحید شهر سنجندج در فاصله‌ی زمانی بهمن ماه ۱۳۸۹ تا بهمن ماه ۱۳۹۰ بستری شده بودند و حداقل ۶ ساعت از زمان بستری در بخش گذشته بود و حال عمومی آنان پایدار بود به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج تا زمان رسیدن به حجم نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه اولیه ۲۰۰ نفر شاهد و ۲۰۰ نفر مورد در نظر گرفته شده بود، ولی به دلیل احتمال ریزش ۲۳۰ نفر پرسشنامه را پر کردند که در نهایت با خارج کردن پرسشنامه‌های ناقص (۲۶ پرسشنامه)، حجم نمونه ۲۰۴ نفر مورد و ۲۰۴ نفر شاهد شد که در مجموع به ۴۰۸ نفر رسید.

پس از توضیح مختصر در مورد هدف کار برای نمونه‌ها توضیحات لازم در مورد نحوه‌ی پرکردن پرسشنامه‌ها داده شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و توسط خود بیمار پر شدند. به منظور تعیین شدت افسردگی و شدت طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه پرسشنامه افسردگی بک-۱ و پرسشنامه طرح‌واره یانگ مورد استفاده قرار گرفت. برای هر مورد یک شاهد که از نظر سن، جنس، تحصیلات، تاهل و شغل همتا بود انتخاب شد که از بین همراهان بیماران بخش داخلی بیمارستان توحید بودند. از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایتنامه آگاهانه اخذ شد و قرار بر این بود افرادی که به هر دلیل مایل به شرکت در مطالعه نبودند مراقبتهای استاندارد را دریافت کنند، اما هیچیک از افراد واجد شرایط از شرکت در مطالعه امتناع نمودند.

معیار ورود اقدام به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی در گروه مورد بود. معیارهای خروج سطح تحصیلات زیر سوم راهنمایی، سابقه‌ی اقدام به خودکشی در گروه شاهد و عدم تمایل به همکاری بود. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت:

۱- پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) فارسی :

دارای ۹۰ گویه و توانایی سنجش ۱۸ طرح‌واره‌ی اصلی را در ۵ حیطه‌ی طرح‌واره دارد. این پرسشنامه از نوع طیف لیکرت است و نمره‌های هر ماده از ۱ (در مورد من کاملاً غلط است) تا ۶ (در مورد من کاملاً صحیح است) نوسان دارد. در مطالعه صدوقی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در مقیاس کلی ۰/۹۴ بدست آمد و روایی آن نیز تایید شد (۱۴). مطالعات مختلف نشان داده‌اند پرسشنامه یانگ ابزار مناسبی برای شناسایی و ارزیابی طرحواره‌های زیربنایی آسیب‌های روانی است (۱۸-۱۴).

۲- پرسشنامه افسردگی بک-۱ :

که شامل ۲۱ سؤال می‌باشد که بر اساس نمره‌ی به دست آمده تقسیم‌بندی گردید. نمره‌ی ۹-۰ عدم افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید، ۶۳-۳۰ افسردگی شدید (۱۹).

برای تجزیه و تحلیل داده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. با توجه به اینکه آزمون کولوگراف اسمیرونوف نشان داد هیچکدام از متغیرها توزیع نرمال ندارند، از تستهای Mann-whitney U و Kruskal-wallis استفاده شد و برای متغیرهای کیفی با مقیاس اسمی کای اسکوار به کار رفت. همچنین برای بررسی عوامل موثر بر خودکشی مدل رگرسیون لجستیک و میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۳۷۸ نفر (۹۲/۶ درصد) جمعیت مورد مطالعه زن و ۳۰ نفر (۷/۴ درصد) آنان مرد بودند. ۲۶۹ نفر (۶۵/۹ درصد) مجرد و ۱۳۹ نفر (۳۴/۱ درصد) متأهل بودند، در کل جمعیت مورد مطالعه ۱۶۵ نفر (۴۰/۴۴ درصد) فاقد افسردگی و ۹۲ نفر (۲۲/۵۴ درصد) افسردگی خفیف تا متوسط و ۹۲ نفر (۲۲/۵۴ درصد) افسردگی متوسط تا شدید و ۵۹ نفر (۱۴/۴۶ درصد) افسردگی شدید داشتند.

۷۵/۹۸ درصد گروه مورد و ۴۳/۱۳ درصد گروه شاهد افسرده بودند. میانگین سنی و انحراف معیار جمعیت مورد مطالعه $23/05 \pm 3/83$ سال بود. ضمن اینکه دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات و شغل با $p > 0/05$ تفاوت معناداری نداشتند.

جدول ۱ نشان می‌دهد بین خودکشی و افسردگی با $p < 0/001$ رابطه وجود دارد و شدت افسردگی در گروهی که خودکشی کرده اند بیشتر است. همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد بین شدت افسردگی با طرحواره‌های یانگ با $p < 0/001$ در تمام طرح‌واره‌ها رابطه معنادار وجود دارد و نمرات با افزایش شدت افسردگی افزایش می‌یابد (جدول ۲). به منظور حذف متغیرهای مخدوش‌کننده و بررسی تاثیر افسردگی و طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه بر خودکشی در کل جمعیت مورد مطالعه و نیز تاثیر طرحواره‌های

ناسازگارانه اولیه بر خودکشی در گروه غیر افسرده (پس از خارج ساختن افراد افسرده بر اساس نتایج پرسشنامه بک) از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد (جدول ۳ و ۴). مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که پس از حذف متغیرهای مخدوش‌کننده، افسردگی در بروز خودکشی نقش دارد. همچنین این مدل نشان داد طرحواره‌های خود تحول نیافته/گرفتار (Enmeshment/Undeveloped Self) و معیارهای سفت و سخت (Unrelenting Standards) در کل گروه اقدام‌کننده با اقدام به خودکشی ارتباط داشت. همچنین میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره‌های یانگ مورد بررسی قرار گرفت که بین افسردگی و طرحواره‌های محرومیت‌هیجانی، ترک شدن، انزوای اجتماعی و فداکردن، همبستگی معنی‌دار مثبت در حد متوسط وجود دارد (جدول ۵).

جدول ۱: رابطه خودکشی با افسردگی در جمعیت مورد مطالعه

جمع		گروه کنترل		اقدام‌کنندگان به خودکشی		جمعیت مورد مطالعه
						وضعیت افسردگی
فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		
۱۶۵	(۴۰/۴۴)	۱۱۶	(۷۰/۳)	۴۹	(۲۹/۷)	عدم افسردگی
۹۲	(۲۲/۵۴)	۴۰	(۴۳/۵)	۵۲	(۵۶/۵)	خفیف تا متوسط
۹۲	(۲۲/۵۴)	۳۶	(۳۹/۱)	۵۶	(۶۰/۹)	متوسط تا شدید
۵۹	(۱۴/۴۶)	۱۲	(۲۰/۳)	۴۷	(۷۹/۷)	شدید
۴۰۸	(۱۰۰/۰)	۲۰۴	(۵۰/۰)	۲۰۴	(۵۰/۰)	جمع

$p = 0/000$

جدول ۲: رابطه میانگین نمرات طرحواره بانگ با شدت افسردگی

P	افسردگی شدید		افسردگی متوسط تا شدید		افسردگی ضعیف تا متوسط		افسردگی ندارد		نوع طرح واره ها
	میانگین (میانگین رتبه‌ای)	میانگین (میانگین رتبه‌ای)	میانگین (میانگین رتبه‌ای)	میانگین (میانگین رتبه‌ای)	میانگین (میانگین رتبه‌ای)	میانگین (میانگین رتبه‌ای)	میانگین (میانگین رتبه‌ای)		
۰/۰۰۰	(۳۱۰/۳۰)	۱۹/۳۷	(۲۲۰/۶۱)	۱۴/۳۲	(۱۹۷/۳۴)	۱۳/۲۶	(۱۶۱/۶۸)	۱۱/۷۳	شکست
۰/۰۰۰	(۳۲۱/۳۶)	۱۸/۹۸	(۲۱۲/۱۱)	۱۳/۲۸	(۱۸۷/۲۹)	۱۲/۳۳	(۱۶۸/۰۶)	۱۱/۶۱	وابستگی/بی کفایتی
۰/۰۰۰	(۳۰۱/۳۷)	۱۸/۰۰	(۲۱۵/۶۹)	۱۳/۷۲	(۱۹۳/۴۹)	۱۲/۷۴	(۱۶۹/۷۶)	۱۱/۶۵	آسیب پذیری به صدمه و بیماری
۰/۰۰۰	(۲۹۳/۰۳)	۱۸/۴۷	(۲۰۴/۲۸)	۱۴/۰۳	(۱۹۹/۹۱)	۱۳/۷۶	(۱۷۵/۵۳)	۱۲/۸۹	خود تحول نیافته/ گرفتار
۰/۰۰۰	(۲۸۶/۵۳)	۲۰/۰۳	(۲۳۲/۷۶)	۱۷/۴۴	(۱۹۹/۸۳)	۱۶/۰۵	(۱۶۲/۰۲)	۱۴/۵۰	خویشتر داری/ خود انضباطی ناکافی
۰/۰۰۰	(۲۵۸/۰۲)	۱۸/۹۷	(۲۳۲/۵۴)	۱۷/۸۰	(۲۰۹/۲۹)	۱۶/۸۱	(۱۶۷/۰۶)	۱۵/۱۶	استحقاق
۰/۰۰۰	(۳۱۶/۹۵)	۲۱/۵۲	(۲۳۰/۹۹)	۱۵/۶۵	(۱۹۳/۴۲)	۱۴/۰۸	(۱۵۵/۶۹)	۱۲/۳۷	محروریت هیجانی
۰/۰۰۰	(۲۹۹/۵۷)	۲۱/۱۹	(۲۲۱/۳۹)	۱۶/۸۹	(۲۳۶/۸۳)	۱۷/۴۳	(۱۴۳/۰۶)	۱۳/۲۷	رهاشدن/بی ثباتی
۰/۰۰۰	(۲۹۱/۹۰)	۱۹/۱۸	(۲۱۹/۲۶)	۱۴/۹۶	(۲۰۷/۹۴)	۱۴/۲۹	(۱۶۳/۱۰)	۱۲/۶۱	بی اعتمادی
۰/۰۰۰	(۳۱۳/۳۶)	۲۰/۱۵	(۲۲۷/۹۶)	۱۵/۳۲	(۱۹۷/۰۵)	۱۳/۷۸	(۱۵۶/۶۵)	۱۲/۰۶	انزوای اجتماعی
۰/۰۰۰	(۳۱۸/۷۴)	۱۹/۴۱	(۲۰۶/۹۷)	۱۳/۱۹	(۱۹۶/۸۶)	۱۲/۶۹	(۱۶۶/۵۳)	۱۱/۵۹	شرم
۰/۰۰۰	(۳۲۰/۶۲)	۲۰/۱۹	(۲۲۷/۵۳)	۱۵/۰۱	(۱۹۷/۵۱)	۱۳/۷۱	(۱۵۴/۰۴)	۱۱/۹۱	ایثار
۰/۰۰۰	(۲۷۹/۳۷)	۱۸/۵۱	(۲۲۴/۲۹)	۱۵/۴۰	(۲۱۰/۳۲)	۱۴/۸۶	(۱۶۳/۴۵)	۱۳/۱۹	خود قربانی
۰/۰۰۰	(۲۶۹/۰۹)	۲۰/۴۶	(۲۲۰/۵۲)	۱۸/۲۷	(۲۰۹/۸۰)	۱۷/۵۶	(۱۶۹/۵۲)	۱۵/۷۹	تأیید جویی
۰/۰۰۰	(۲۹۵/۲۲)	۱۹/۱۸	(۲۲۶/۱۰)	۱۵/۹۱	(۲۰۷/۷۹)	۱۴/۸۸	(۱۵۸/۱۸)	۱۲/۹۶	بازداری هیجانی
۰/۰۰۰	(۲۸۳/۳۹)	۲۰/۴۲	(۲۲۷/۵۸)	۱۷/۹۶	(۲۰۰/۰۹)	۱۶/۷۷	(۱۶۵/۸۸)	۱۵/۲۴	معیارهای سرسختانه یا نامنعطف
۰/۰۰۰	(۲۷۵/۳۱)	۱۹/۰۲	(۲۲۵/۱۲)	۱۶/۲۳	(۲۱۱/۰۶)	۱۵/۴۰	(۱۶۴/۰۳)	۱۳/۴۸	تنبیه
۰/۰۰۰	(۲۹۴/۶۷)	۱۹/۵۴	(۲۱۹/۶۲)	۱۵/۶۹	(۲۰۲/۱۱)	۱۵/۰۴	(۱۶۵/۱۶)	۱۳/۴۵	بدبینی

جدول ۳: مدل رگرسیون لجستیک بررسی عوامل موثر بر خودکشی

P	(OR) %۹۵		OR	Wald	S.E	B	عوامل
	حداکثر	حداقل					
۰/۰۰۰	۰/۹۶۴	۰/۹۲۰	۰/۹۴۲	۲۴/۹۶۴	۰/۰۱۲	۰/۰۶۰	افسردگی
۰/۶۰۹	۱/۰۵۹	۰/۹۰۷	۰/۹۸۰	۰/۲۶۲	۰/۰۴۰	۰/۰۲۰	شکست
۰/۳۹۴	۱/۱۴۶	۰/۹۴۸	۱/۰۴۲	۰/۷۲۷	۰/۰۴۸	۰/۰۴۱	وابستگی
۰/۳۳۹	۱/۰۴۳	۰/۸۸۵	۰/۹۶۱	۰/۹۱۶	۰/۰۴۲	۰/۰۴۰	آسیب پذیری به صدمه و بیماری
۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۰/۷۹۵	۰/۸۶۴	۱۱/۸۸۸	۰/۰۴۲	۰/۱۴۶	خود تحول نیافته / گرفتار
۰/۰۳۸	۱/۲۰۳	۱/۰۰۵	۱/۱۰۰	۴/۳۱۰	۰/۰۴۶	۰/۰۹۵	خویشتن داری / خود انضباطی
							ناکافی
۰/۲۰۶	۱/۰۳۲	۰/۸۶۵	۰/۹۴۵	۱/۶۰۱	۰/۰۴۵	۰/۰۵۷	استحقاق
۰/۱۲۲	۱/۰۱۶	۰/۸۷۶	۰/۹۴۳	۲/۳۹۲	۰/۰۳۸	۰/۰۵۸	محرومیت هیجانی
۰/۷۰۵	۱/۰۵۸	۰/۹۲۰	۰/۹۸۷	۰/۱۴۴	۰/۰۳۵	۰/۰۱۳	رهاشدن بی ثباتی
۰/۹۲۳	۱/۰۸۸	۰/۹۲۷	۱/۰۰۴	۰/۰۰۹	۰/۰۴۱	۰/۰۰۴	بی اعتمادی
۰/۹۲۹	۱/۰۹۰	۰/۹۲۴	۱/۰۰۴	۰/۰۰۸	۰/۰۴۲	۰/۰۰۴	انزوای اجتماعی
۰/۳۵۷	۱/۰۴۶	۰/۸۸۲	۰/۹۶۰	۰/۸۵۰	۰/۰۴۴	۰/۰۴۰	شرم
۰/۴۵۸	۱/۱۲۷	۰/۹۴۷	۱/۰۳۳	۰/۵۵۰	۰/۰۴۴	۰/۰۳۳	فداکردن
۰/۶۴۲	۱/۰۵۶	۰/۹۱۵	۰/۹۸۳	۰/۲۱۶	۰/۰۳۷	۰/۰۱۷	خود قربانی
۰/۶۱۳	۱/۰۵۱	۰/۹۱۹	۰/۹۸۳	۰/۲۵۶	۰/۰۳۴	۰/۰۱۷	تاییدجویی
۰/۳۶۶	۱/۰۴۴	۰/۸۸۹	۰/۹۶۳	۰/۸۱۷	۰/۰۴۱	۰/۰۳۷	بازداری هیجانی
۰/۰۰۸	۱/۲۰۰	۱/۰۲۸	۱/۱۱۱	۷/۱۴۷	۰/۰۳۹	۰/۱۰۵	معیارهای سرسختانه یا نامعطف
۰/۱۳۱	۱/۱۵۳	۰/۹۸۲	۱/۰۶۴	۲/۲۸۴	۰/۰۴۱	۰/۰۶۲	تنبیه
۰/۹۷۷	۱/۰۸۹	۰/۹۱۶	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	بدبینی

جدول ۴: مدل رگرسیون لجستیک بررسی عوامل موثر بر خودکشی در افراد غیر افسرده

P	فاصله اطمینان با ۹۵٪ (OR)		OR	Wald	S.E	B	عوامل
	حداقل	حداکثر					
۰/۲۶۴	۱/۳۳۵	۰/۹۲۴	۱/۱۱۱	۱/۲۵۰	۰/۰۹۴	۰/۱۰۵	شکست
۰/۰۹۸	۱/۰۳۵	۰/۶۶۴	۰/۸۲۹	۲/۷۳۵	۰/۱۱۳	-۰/۱۸۸	وابستگی/بی کفایتی
۰/۴۰۴	۱/۳۵۸	۰/۸۸۴	۱/۰۹۶	۰/۶۹۷	۰/۱۱۰	۰/۰۹۱	آسیب پذیری به صدمه و بیماری
۰/۰۱۹	۰/۹۶۹	۰/۷۰۲	۰/۸۲۵	۵/۴۸۳	۰/۰۸۲	-۰/۱۹۳	خود تحول نیافته/ گرفتار
۰/۸۵۲	۱/۲۰۰	۰/۸۰۲	۱/۱۰۰	۰/۰۳۵	۰/۱۰۳	-۰/۰۱۹	خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی
۰/۸۵۲	۱/۲۰۰	۰/۸۰۲	۰/۹۸۱	۱/۱۹۴	۰/۰۹۸	-۰/۱۰۷	استحقاق
۰/۰۱۱	۰/۹۵۹	۰/۷۱۸	۰/۸۳۰	۶/۴۱۶	۰/۰۷۴	-۰/۱۸۶	محرومیت هیجانی
۰/۵۷۶	۱/۱۳۳	۰/۷۹۹	۰/۹۵۱	۰/۳۱۳	۰/۰۸۹	-۰/۰۵۰	رهاشدن/بی ثباتی
۰/۹۳۱	۱/۱۸۶	۰/۸۳۰	۰/۹۹۲	۰/۳۱۳	۰/۰۸۹	-۰/۰۵۰	بی اعتمادی
۰/۹۵۹	۱/۲۳۴	۰/۸۱۹	۱/۰۰۵	۰/۰۰۳	۰/۱۰۴	۰/۰۰۵	انزوای اجتماعی
۰/۶۴۰	۱/۲۳۶	۰/۸۷۸	۱/۰۴۲	۰/۲۱۹	۰/۰۸۷	۰/۰۴۱	شرم
۰/۴۲۲	۱/۱۳۱	۰/۷۴۵	۰/۹۱۸	۰/۶۴۵	۰/۱۰۶	-۰/۰۸۵	اثر
۰/۳۶۰	۱/۲۳۲	۰/۹۲۷	۱/۰۶۹	۰/۸۳۹	۰/۰۷۲	۰/۰۶۶	خود قربانی
۰/۷۰۰	۱/۱۸۷	۰/۸۹۱	۱/۰۲۹	۰/۱۴۸	۰/۰۷۳	۰/۰۲۸	تأییدجویی
۰/۳۵۳	۱/۳۵۱	۰/۸۹۸	۱/۱۰۱	۰/۸۶۱	۰/۱۰۴	۰/۰۹۷	بازداری هیجانی
۰/۶۹۹	۱/۲۱۴	۰/۸۷۸	۱/۰۳۳	۰/۱۵۰	۰/۰۸۳	۰/۰۳۲	معیارهای سرسختانه یا نامنطق
۰/۹۲۵	۱/۲۴۶	۰/۸۱۹	۱/۰۱۰	۰/۰۰۹	۰/۱۰۷	۰/۰۱۰	تنبیه
۰/۹۹۷	۱/۲۱۳	۰/۸۲۵	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۹۸	۰/۰۰۰	بدبینی

جدول ۵: میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره های یانگ

افسردگی	ضریب همبستگی	شکست	وابستگی/بی کفایتی	آسیب پذیری	خود تحول نیافته/ گرفتار	خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی	استحقاق	محرومیت هیجانی	تنبیه	رهاشدن/بی ثباتی
۰/۳۶۳	۰/۳۵۷	۰/۳۳۵	۰/۲۶۵	۰/۳۷۱	۰/۲۹۹	۰/۴۴۶	۰/۳۳۵	۰/۴۴۵	۰/۴۴۵	
P	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	
فراوانی	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	

ادامه جدول ۵: میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره های یانگ

افسردگی همبستگی	بی اعتمادی	انزوای اجتماعی	شرم	ایثار	خودقربانی	تایید جویی	بازداری هیجانی	معیارهای سرسختانه یا نامنعطف	بدبینی
۰/۳۵۱	۰/۴۲۴	۰/۳۴۴	۰/۴۱۸	۰/۳۱۸	۰/۳۱۵	۰/۳۷۳	۰/۳۳۱	۰/۳۶۴	
P	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	
فراوانی	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	

بحث

برخی مطالعات رابطه بین وابستگی شدید بین فردی و خودکشی را تایید کرده اند (۲۱).

در طرحواره معیارهای سرسختانه یا نامنعطف، باور اساسی بر این است که فرد برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه درباره رفتار و عملکرد خود باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می گیرد. این طرح واره به طور معمول در خانواده هایی به وجود می آید که تحت فشارند و نسبت به خودشان و دیگران بیش از حد عیب جویی می کنند و توقع دارند کارها با کیفیت عالی و در کوتاهترین زمان انجام شوند. این طرح واره اغلب منجر به کمال طلبی و خیمی در انسان می شود و فرد در صورتی که به معیارهای بلند پروازانه اش دست نیابد در معرض ناامیدی و خودکشی قرار می گیرد. مطالعات مختلف رابطه بین کمال طلبی و احتمال خودکشی را مطرح کرده اند (۲۴-۲۲).

یافته دیگر این بود که بین افسردگی و طرح واره های محرومیت هیجانی (Emotional Deprivation)، رهاشدن/بی ثباتی (Abandonment/Instability)، انزوای اجتماعی (Social Isolation) و ایثار (-Self-Sacrifice) همبستگی معنی دار مثبت در حد متوسط وجود داشت. لازم به توضیح است فردی که طرح واره محرومیت هیجانی دارد عاطفه ای در اوایل کودکی دریافت نکرده است و نیز طرح واره رهاشدن/بی ثباتی در زمینه عدم ایجاد وابستگی ایمن بین والد و کودک بوده و فرد احساس

در این مطالعه بین شدت افسردگی و اقدام به خودکشی رابطه معنادار آماری وجود داشت ($p < 0/001$) و نیز بر اساس مدل رگرسیون لجستیک با حذف متغیرهای مخدوش کننده، افسردگی می تواند به عنوان عامل موثر در بروز خودکشی مطرح باشد. این نتیجه با سایر مطالعات از جمله مطالعه Pratt و همکاران همخوانی دارد (۲۰) مطالعه اخیر نشان داد حتی در بیماران دچار سایکوز غیر خلقی، اقدام به خودکشی با افسردگی ارتباط دارد نه با علایم سایکوز. طرح واره خود تحویل نیافتن/گرفته/گرفته (Enmeshment/Undeveloped Self) و معیارهای سرسختانه یا نامنعطف (Unrelenting Standards) به عنوان عامل موثر در بروز خودکشی بودند. طرح واره خود تحول نیافته/گرفتار اینطور مطرح می شود که ارتباط عاطفی شدید و نزدیکی بیش از حد به یکی از افراد مهم زندگی (اغلب والدین) به قیمت از دست دادن فردیت یا رشد اجتماعی طبیعی فرد منجر می گردد. غالباً اعتقاد بر این است که هیچ یک از این افراد گرفتار، بدون حمایت دیگری قادر به ادامه زندگی نبوده یا نمی توانند شاد باشند. فردی که چنین طرح واره ای دارد ممکن است احساس کند وجودش در دیگران ادغام شده و هویت جداگانه ای ندارد، این طرح واره اغلب به صورت احساس پوچی و سردرگمی، جهت نداشتن و بی هدفی یا در موارد شدید به صورت شک و تردید در موجودیت و ساختار وجودی فرد بروز می کند.

به مداخلات درمانی در این سه حیطه نموده بودند (۳). این تفاوت ممکن است به علت ویژگی‌های جامعه آماری مورد نظر این مطالعه (که در میان افراد افسرده اقدام کننده به خودکشی و افراد افسرده بدون اقدام به خودکشی صورت گرفته است و نیز تعداد نمونه این مطالعه نسبت به مطالعه اخیر محدود بوده است ۶۳ نفر در مقابل ۴۰۸ نفر) و تفاوت‌های مذهبی و فرهنگی باشد.

از محدودیت‌های اصلی این مطالعه کم بودن تعداد مقالات منتشر شده داخلی و خارجی در خصوص این موضوع می‌باشد که این محدودیت مطمئناً بر کیفیت بحث موثر است. همچنین ممکن است زیاد بودن تعداد سوالات باعث بی‌حوصلگی در جواب دادن به پرسشنامه‌ها شده باشد و ترخیص زودهنگام برخی بیماران با رضایت شخصی باعث می‌شد که این افراد در بررسی مورد مطالعه قرار نگیرند. و در نهایت در جمعیت مورد مطالعه، افراد مذکر همکاری بسیار کمی داشتند. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه بررسی رابطه سبک‌های دل‌بستگی با خودکشی و نیز مطالعات مداخله‌ای و طرحواره درمانی توصیه می‌شود که مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج بدست آمده طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم و به واسطه افسردگی با بروز رفتار خودکشی ارتباط دارند. طرحواره خود تحول نیافته به صورت مستقل از افسردگی در بروز خودکشی نقش دارد و طرحواره محرومیت هیجانی هم بطور مستقل و هم به واسطه ایجاد افسردگی در بروز رفتارهای انتحاری موثر است. این یافته که در مطالعات قبلی به آن توجه نشده می‌تواند در مداخلات مبتنی بر جامعه و برنامه‌های پیشگیری از خودکشی مدنظر قرار گیرد.

می‌کند که افراد مهم زندگی‌اش نمی‌توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به او بدهند. طرح‌واره انزوای اجتماعی بیان کننده این است که فرد از جهان کناره‌گیری نموده و با دیگران متفاوت است یا اینکه به جامعه و گروه خاصی تعلق خاطر ندارد و در نهایت طرح‌واره ایشار تمرکز افراطی بر ارضاء نیازهای دیگران به قیمت عدم ارضاء نیازهای خود فرد می‌باشد. این یافته با مطالعه Halvorsen و همکاران که نشان دادند مقیاس‌های پرسشنامه طرح‌واره یانگ می‌توانند به عنوان شاخص‌های آسیب‌پذیری برای افسردگی مطرح شوند (۱۹) و نیز با مطالعه احمدیان گرجی و همکاران که ذکر کرده‌اند بالارفتن شدت طرح‌واره‌های مختلف با بروز علائم افسردگی همراه است قابل مقایسه می‌باشد (۳). مطالعات دیگری نیز از جمله مطالعه Renner رابطه طرحواره‌های غیر انطباقی و بخصوص حوزه بریدگی و طرد (Disconnection and Rejection) (محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی و انزوای اجتماعی) را با شدت افسردگی نشان داده‌اند (۱۱).

برای از میان برداشتن اثر افسردگی افراد غیر افسرده مورد ارزیابی قرار گرفتند که بر اساس مدل رگرسیون لجستیک با حذف متغیرهای مخدوش کننده صرفاً طرح‌واره‌های خود تحول نیافته/گرفتار (Enmeshment/Undeveloped) و محرومیت هیجانی در بروز خودکشی موثر بودند. از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که طرح‌واره خود تحول نیافته/گرفتار به طور مستقل از افسردگی در بروز خودکشی موثر می‌باشد و نیز طرح‌واره محرومیت هیجانی هم به طور مستقیم بر خودکشی موثر است و هم به طور غیر مستقیم با تاثیر بر افسردگی می‌تواند بر خودکشی تاثیر گذارد. این نتایج با مطالعه احمدیان گرجی و همکاران قابل مقایسه است. در آن مطالعه طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، وابستگی/بسی کفایتی (Dependence/Incompetence) و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری (Vulnerability to Harm or Illness) بیشترین ارتباط را با خودکشی داشته‌اند و توصیه

تشکر و قدردانی

بیمارستان توحید که صمیمانه در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

این تحقیق برگرفته از پایان نامه دانشجویی بوده که بدینوسیله از کلیه پرسنل زحمتکش بخش اورژانس

References

1. Young Jeffrey ESK, Marjorie E. Weishaar. Schema Therapy a Practitioner's Guide. New York: The Guilford Press; 2003.
2. Zerehpoush A, Neshatdosst H.T, Asgari K, Abedi M, Sadeghi Hosniji A.H. The effect of schema therapy on chronic depression in students. Journal of Research in Behavioural Sciences 2013;10:285-291.
3. Ahmadian Gorji M, Fata L, Asgharnezhad Farid A.A, Malakouti S.K. Comparison of the early maladaptive schemas of suicidal and non-suicidal depressed patients with non-clinical sample. Advances In Cognitive Science 2009;10:49-59.
4. Tabatabaee Barzoki S, Sohrabi F, Karimi Zarchi M. The effectiveness of training schema therapy's experiential techniques on the depressed persons' schemas. The Culture of Consultation and Psychotherapy 2013;11:75-86.
5. Hassani M, Fathi Ashtiani A, Rasoolzadeh Tabatabaei S.K. A comparison of early maladaptive schemas and perceived parental rearing behaviors in couples with problem-focused and emotion-focused coping style. Journal of Behavioral Sciences 2012;6:231-5.
6. Jalali I, Sarvghand S, Samani S. The mediating role of cognitive schemas in the relationship between family process and content with coping strategy styles. Developmental Psychology: Iranian Psychologists 2012;9:83-92.
7. Ghoreishi S.A., Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008;14:115-21.
8. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. Clinical Psychology & Psychotherapy 2006;13:405-13.
9. Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, Callahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression. L'Encephale 2011;37:293-8.
10. Petrocelli John V; Glaser Brian A; Calhoun Georgia B; Campbell Linda F. Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. Journal of Personality Disorders 2001;15:546-559.
11. Renner F, Lobbstaël J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. Journal of Affective Disorders 2012;136:581-90.
12. Jahangir F, Bazrafshan M.R, Zangoee A, Raesi T. Comparison of coping mechanisms used by suicidal attempt patients and those without suicidal history. Hormozgan Medical Journal 2009;13:109-13.
13. Isacsson G, Bergman U, Rich CL. Antidepressants, depression and suicide: an analysis of the San Diego study. Journal of Affective Disorders 1994;32:277-86.
14. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factoranalysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14:214-219.

15. Ahi Q, Mohammadfar M.A, Besharat M.A. Reliability and validity of the Young Schema Questionnaire-Short Form. *Psychology & Educational Science* 2007;37:5-20.
16. Lee WC, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the Schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research* 1999;23:441-51.
17. Baranoff J, Oei TP, Cho S H, Kwon S M. Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorders* 2006;93:133-40.
18. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 2002;26:519-530.
19. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research* 2009;34:368-79.
20. Pratt D, Gooding P, Johnson J, Taylor P, Tarrrier N. Suicide schemas in non-affective psychosis: An empirical investigation. *Behaviour Research and Therapy* 2010;48:1211-20.
21. Nuns N, Loas G. Interpersonal dependency in suicide attempters. *Psychopathology* 2005;38:140-3.
22. Donaldson D, Spirito A, Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development* 2000;31:99-111.
23. Hamilton TK, Schweitzer RD. The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:829-35.
24. Hewitt PL, Norton GR, Flett GL, Callander L, Cowan T. Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1998;28:395-406.