


Research Article


Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Behaviors in Depressed Patients with Bereavement

Authors

Maral Moraveji¹, Zahra Bagherzadeh Golmakani^{2*}, Mahdi Akbarzadeh³

 1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. m.moraveji73@gmail.com

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. ir.m.akbarzadeh@gmail.com

Abstract

Receive Date:
01/03/2024

Accept Date:
29/07/2024



Introduction: The experience of grief is one of the most painful challenges an individual may face, often leading to symptoms of depression and potentially resulting in self-harming behavior. This study was conducted to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the suicidal behaviors of depressed patients experiencing grief.

Method: The present study employed a quasi-experimental design featuring a pre-test and post-test, along with a follow-up involving a control group. The statistical population comprised depressed patients experiencing grief who were referred to the Toos Rehabilitation and Treatment Center in Mashhad in 2023. After screening and conducting an initial diagnosis, 45 individuals were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants each: two experimental groups and one control group. Data were collected using depression questionnaires (BDI-II) and assessments of suicidal behaviors (R-SBQ). Initially, all three groups were pre-tested. One experimental group then underwent schema therapy, while the other experimental group received acceptance and commitment therapy for eight 90-minute sessions, held once a week. The control group did not receive any treatment. After the sessions, all three groups underwent post-testing, and follow-up assessments were conducted on all three groups three months later. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and the Bonferroni post-hoc test.

Results: The results indicated that suicidal behaviors decreased from pre-test to post-test and follow-up in both the schema therapy and acceptance and commitment therapy groups ($P < 0.001$). This reduction was more pronounced in the acceptance and commitment therapy group ($P < 0.001$).

Discussion and conclusion: Overall, the results suggest that acceptance and commitment therapy is more effective than schema therapy in reducing suicidal behaviors among depressed patients experiencing grief.

It is recommended that specialists in this field utilize Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Schema Therapy to mitigate suicidal behaviors in counseling and treatment centers.

Keywords

Schema therapy, Acceptance and commitment therapy, Suicidal behaviors, Depressed patients with bereavement.

Corresponding Author's E-mail

z.golmakan@gmail.com

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ

نویسندگان

مارال مروجی^۱، زهرا باقرزاده گل‌مکانی^{۲*}، مهدی اکبرزاده^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

m.moraveji73@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

ir.m.akbarzadeh@gmail.com

چکیده

مقدمه: تجربه سوگ یکی از تجربیات دردآوری است که بعضاً فرد را با علائم افسردگی روبرو می‌نماید و موجبات رفتار خود آسیب‌رسان را فراهم می‌کند. بر همین اساس این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران افسرده دارای تجربه سوگ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و توان‌بخشی توس شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های افسردگی (BDI-II) و رفتارهای خودکشی (R-SBQ) بود. در ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس یک گروه آزمایش تحت طرح‌واره درمانی و گروه آزمایش دیگر تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و پس از سه ماه مجدداً سنجش پیگیری در هر سه گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد، رفتارهای خودکشی در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته است ($P < 0.001$) و این تأثیر در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر بوده است ($P < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتایج حاکی از آن بود که درمان پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ از طرح‌واره درمانی مؤثرتر است. پیشنهاد می‌شود، درمان پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی توسط متخصصان این حوزه، به‌منظور کاهش رفتارهای خودکشی در مراکز مشاوره و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۵/۰۸



کلیدواژه‌ها

طرح‌واره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، رفتارهای خودکشی، بیماران افسرده مبتلا به سوگ.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

z.golmakan@gmail.com

مقدمه

داشته است، قابل تشخیص است و از زمان مرگ آن عزیز در فرد ماتم و عزای دائمی به وجود آمده است که مشخصه اصلی آن علامت‌هایی همچون دل‌تنگی زیاد برای فرد متوفی و وجود افکار و خاطرات عزیز ازدست‌رفته در ذهن بیمار است [۶]. همچنین مبتنی بر شواهد بالینی می‌توان این‌گونه عنوان نمود که بیمار با اختلال سوگ طولانی‌مدت، صرفاً زمانی تشخیص داده می‌شوند که سطوح بالایی از غم و ماتم بعد از یک مدت مشخص‌شده ادامه یابد و زندگی عادی او را مختل کند و از هنجارهای فرهنگی اجتماعی یا مذهبی فراتر رود [۷].

هرچند میزان شیوع این اختلال ۹.۸ درصد گزارش شده است؛ اما بررسی‌ها نشان می‌دهد، جمعیت‌هایی که سطوح بالای تروما رو تجربه می‌کنند شیوع بالاتری را ممکن است نشان دهند و در کشورهای غربی پر درآمد بیش از کشورهای شرقی پر درآمد به این اختلال مبتلا می‌شوند که غم و افسردگی از جمله علل ایجاد این اختلال است [۸]. مبتنی بر شواهد می‌توان عنوان داشت که از جمله عاملی که سوگ را با افسردگی مرتبط می‌نماید این است که فرد سوگوار خود را در مورد نحوه رفتار با متوفی مقصر می‌داند و این موضوع منجر به ایجاد احساس غم و ناتوانی بیشتر در او شده که ممکن است افزایش افسردگی و ناتوانی در مدیریت خلیقات منفی در فرد بیمار، زمینه را برای بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان فراهم می‌نماید [۴]. در واقع ناتوانی در کنترل احساس افسردگی، می‌تواند به ماندگاری خلق منفی در مواجهه با سوگ منجر شود و با افزایش حس افسردگی احتمال بروز رفتارهای خودکشی را افزایش دهد به طوری که پژوهش‌های پیشین به ارتباط قوی بین افسردگی و رفتارهای خودکشی اشاره داشته و اختلال افسردگی را بیشترین دلیل اقدام به خودکشی دانسته‌اند [۹].

بر اساس تعریف راهنمای تشخیص اختلالات روانی آمریکا، رفتارهای خودکشی به رفتارهای گفته می‌شود که فرد در جهت تمایل از بین بردن خود به کار می‌برد که می‌تواند به صورت اقدام به خودکشی یا فکر خودکشی باشد [۱۰]. شواهد نشان می‌دهد تقریباً دو سوم بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به خودکشی می‌اندیشند و ۸۳ تا ۸۵ درصد آن‌ها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند [۱۱]. میانگین سالانه جهانی خودکشی ۱۱/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) است

انسان‌ها در طول مدت زندگی ممکن است تحت تأثیر اتفاقات مختلفی قرار گیرند که فشار روانی حاکم بر آن موجبات ایجاد اختلالات و بیماری‌های روان‌شناختی را فراهم نماید؛ افسردگی^۱ یکی از عمده‌ترین این اختلالات است؛ این اختلال شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی و خلقی بوده که با دوره‌های طولانی‌مدت، تنوع علائم، بالا بودن میزان عود و اختلالات فیزیکی و روانی زیادی همراه است [۱]. شیوع بالای این اختلال، باعث گردیده است تا سازمان جهانی بهداشت از آن به‌عنوان بزرگ‌ترین دغدغه عصر حاضر یاد نماید و پیش‌بینی کند که این اختلال از نظر شاخص دالی تا سال ۲۰۳۰ م در رتبه نخست بیماری‌ها روان‌شناختی قرار گیرد [۲]. در نگارش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، علائم افسردگی شامل بی‌حوصلگی و فرار از فعالیت‌های فردی و اجتماعی و بی‌علاقگی و بی‌میلی شدید نسبت به زندگی است که افکار، احساسات و رفتار فرد را درگیر نموده و در مواجهه با ناکامی یا شکست بروز می‌کند [۳]. برخی از عوامل فردی، روان‌شناختی و اجتماعی ممکن است موجبات ایجاد و یا تشدید خلق منفی در افراد افسرده را فراهم نماید و باعث گردد تا فرد درگیر افسردگی، احساس غم و ناتوانی بیشتری را تجربه نماید که در این میان می‌توان به تجربه سوگ^۲ اشاره نمود [۴]. راهنمای تشخیص اختلالات روانی آمریکا، تجربه سوگ را نوعی فشار روانی مرتبط با تروما در نظر می‌گیرد که در دسته اختلالات مرتبط با افسردگی قرار داشته و با علائمی همچون بی‌قراری، احساس ملال، خشم و نفرت ناشی از فقدان، بی‌خوابی، بی‌میلی به زندگی، نشخوار ذهنی و اشتغال ذهنی شدید نسبت به فرد متوفی، درد روانی شدید و نپذیرفتن مرگ فرد، تمایل به مرگ برای پیوستن به فرد متوفی و مقصر دانستن خود شناخته می‌شود [۵]. همچنین در نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، اختلالی تحت عنوان اختلال سوگ طولانی‌مدت به چشم می‌خورد که جزو اختلالات مرتبط با تروما بوده که واکنشی ناسازگار و طولانی‌مدت است و پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه (برای کودکان و نوجوانان حداقل ۶ ماه) از زمان مرگ فردی که سوگوار با او رابطه نزدیک

1. Depression.

2. Bereavement.

می‌دهد، جلسه‌های طرح‌واره درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می‌گردد [۱۹]. همچنین پژوهش دیگری نشان می‌دهد، طرح‌واره‌ها می‌تواند با افزایش رفتارهای خودکشی و عملکرد بیماران در ارتباط باشد [۲۰]. پژوهش دیگری نیز طرح‌واره درمانی را بر کاهش علائم افسردگی و احتمال بروز رفتارهای خودکشی مؤثر دانسته است [۲۱]؛ و پژوهش دیگری گویای آن بوده است که طرح‌واره‌ها می‌تواند با رفتارهای خود آسیب‌رسان در افراد افسرده مرتبط باشد [۲۲].

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ نیز از جمله درمان‌هایی است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر کاهش مشکلات افراد افسرده و افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روان‌شناختی آنان مؤثر باشد [۲۳]. این رویکرد از دسته درمان‌هایی است که به‌جای تغییر شناخت سعی در افزایش ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش دارد و هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌سازی که به فرد تحمیل می‌شود [۲۴]. فرایندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش، بر پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در لحظه، گسلس شناختی، ارزش‌ها، عمل متعهدانه است [۲۵]. این رویکرد درمانی با استفاده از یک راهبرد تولید دانش که بر تحلیل رفتار بنا نهاده شده و آن را گسترش داده، توسعه یافته است که این تحلیل رفتار وابسته به عملکرد بوده و با آنچه افراد انجام می‌دهند سروکار دارد [۲۶]. فلسفه زیر بنایی این رویکرد بافت‌گرایی کارکردی است و شامل انجام اقدامات و اعمال مؤثری می‌گردد که فرد به‌واسطه عمیق‌ترین ارزش‌های انسانی در شرایطی که به‌طور کامل آماده و متعهد به ادامه مسیر ارزشی خود است هدایت می‌شود [۲۷]. شواهد نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با

توسل بر تکنیک‌های آگاهی‌بخشی و افزایش توانمندی‌های شناختی می‌تواند زمینه افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران را فراهم نماید به‌طوری‌که پژوهش نشان داده است؛ گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن و

و ۶۰ درصد آن در آسیا اتفاق می‌افتد که عمده‌ترین دلیل آن وجود خلق منفی و افسردگی است [۱۲]. شواهد دیگری نیز نشان از آن دارد که افسردگی عامل خطر اولیه برای افکار خودکشی در آفریقا است و بنا بر آمار افراد زیادی به علت افسردگی ناشی از سوگ خودکشی می‌کنند [۱۳]. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد میزان شیوع رفتارهای خودکشی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ بیش از افراد افسرده‌ای است که تجربه سوگ نداشته‌اند [۷].

به دلیل شیوع بالای افسردگی و مشکلات مرتبط با آن که در برخی از مواقع ممکن است منجر به رفتارهای آسیب‌رسان گردد و سلامت فرد و جامعه را با تهدید روبرو نماید، در سرتاسر جهان روش‌ها و رویکردهای درمانی دارویی و غیردارویی به‌کاربرده می‌شود که هدف اکثر آن‌ها افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی و کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان است که در این رابطه می‌توان به انواع دارودرمانی و روان‌درمانی‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت اشاره داشت [۱۴]. طرح‌واره درمانی^۱ از جمله درمان‌های جدیدی است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر کاهش مشکلات بیماران افسرده مؤثر باشد و توانمندی‌های روان‌شناختی آنان را افزایش دهد [۱۵]. از آنجاکه طرح‌واره‌ها در تقابل با محرک‌های جدید بر اساس قالب گذشته خود، داده‌های حاصل‌شده را رمزگردانی می‌کنند، بر چشم‌انداز افراد نسبت به خود و دنیای اطرافش تأثیر می‌گذارند و به همین دلیل طرح‌واره‌هایی که به‌صورت ناسازگار شکل گرفته باشد می‌تواند به تشدید هیجان‌های منفی بیانجامد و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد [۱۶]. این رویکرد درمانی به درونی‌ترین سطح شناخت می‌پردازد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را به‌عنوان عاملی مداخله‌کننده در شناخت افراد مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی سعی می‌کند تا فرد را در جهت غلبه بر طرح‌واره‌های ناسازگار توانمند سازد [۱۷].

شواهد نشان می‌دهد استفاده از طرح‌واره درمانی می‌تواند منجر به افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی افراد گردد به‌طوری‌که پژوهشی نشان داده است، افکار خودکشی نوجوانان افسرده می‌تواند به‌واسطه دریافت تکنیک‌های طرح‌واره درمانی ارتقا یابد [۱۸]. پژوهش دیگری نیز نشان

این‌گونه از رفتارها داشته باشد. درواقع با توجه به اینکه بیماران افسرده‌ای که تجربه سوگ و داغ‌دیدگی دارند، بیشتر مستعد بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان بوده و احتمال خودکشی در آنان نسبت به دیگر افراد افسرده بالاتر است [۳۴]. تعیین تأثیر و مقایسه هر یک از این دو روش درمانی می‌تواند مسیر روشنی را پیش روی درمانگران قرار دهد تا بتوانند در کار درمان این گروه از افراد، رویکردی را انتخاب کنند که بیشترین تأثیر را به‌جا گذارد تا از احتمال رفتارهای خود آسیب‌رسانی همچون خودکشی پیشگیری گردد. با توجه به اینکه بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد، پژوهشی که به مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان در بیماران افسرده مبتلا به سوگ، پرداخته باشد، صورت نگرفته است و هر یک از پژوهش‌های قبلی اثربخشی یک رویکرد را بر مشکلات روان‌شناختی بیماران افسرده مورد مطالعه قرار داده است؛ این موضوع به‌عنوان یک خلأ پژوهشی، محقق را بر آن داشته تا به مقایسه این دو رویکرد بر رفتارهای خودکشی بپردازد. بر همین اساس در این پژوهش با این پرسش روبرو هستیم که آیا بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ تفاوت وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش:

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده است.

آزمودنی

الف. جامعه آماری

جامعه آماری شامل بیماران افسرده دارای تجربه سوگ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و توان‌بخشی شهر مشهد در شش‌ماه نخست سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۲۰ نفر بودند.

ب. نمونه پژوهش

نمونه موردنظر نیز تعداد ۴۵ نفر از این بیماران بودند که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. چراکه

کاهش افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی بیماران می‌شود [۲۸]. پژوهش انجام‌شده دیگری نیز نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی تأثیر دارد [۲۹]. همچنین در پژوهشی نشان داده شده است که استفاده از درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر بهبود علائم افسردگی مؤثر باشد و از بحران خودکشی جلوگیری نماید [۳۰]. تحقیق دیگری نیز گویای آن است که استفاده از درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش افکار و رفتارهای خودکشی تأثیر مثبت ایجاد نموده و به افسردگی پایین را بهبود بخشد [۳۱].

با استناد به پژوهش‌های فوق؛ هر دو رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی و کاهش مشکلات خلقی بیماران افسرده مؤثر باشد. در این پژوهش به مقایسه این دو رویکرد بر روی بیماران افسرده دارای تجربه سوگ پرداخته می‌شود. عمده‌ترین دلیل مقایسه این دو رویکرد این است که هر دو این رویکردها جزو روان‌درمانی‌های موج سوم بوده که پذیرش، اصلاح شناختی و قبول مسئولیت را هدف قرار می‌دهد و مبانی نظری پژوهش نشان می‌دهد که این دو رویکرد می‌تواند در خصوص افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران افسرده مفید باشد؛ اما با توجه به اینکه هر یک از این دو رویکرد از اصول و برنامه‌های خاصی پیروی می‌کند، به مقایسه این دو رویکرد پرداخته می‌شود؛ چراکه در طرح‌واره درمانی، درمانگر سعی می‌نماید تا باهدف شناخت الگوهای زیربنایی تفکر، توجه به زمان گذشته و حال و به‌کارگیری الگو شکنی رفتارهای ناکارآمد و با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی، به کاهش مشکلات و افزایش توانمندی‌های بیماران کمک کند [۳۲]؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر سعی می‌نماید تا فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل را بررسی نموده و بر انعطاف‌پذیری روانی همراه با پذیرش تأکید نماید [۳۳].

با توجه به اینکه شیوع افسردگی در افراد باتجربه سوگ بسیار بالاست و شواهد نشان می‌دهد، وجود این اختلال می‌تواند با رفتارهای خود آسیب‌رسان مرتبط گردد [۸]؛ پژوهش‌هایی که با هدف کاهش مشکلات این گروه از بیماران انجام می‌شود می‌تواند نقش پیشگیرانه‌ای در بروز

۲. پرسشنامه رفتارهای خودکشی تجدیدنظر شده^۲
 این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ م توسط عثمان و همکارانش ساخته شده است و از ۴ گویه تشکیل شده است. چهار گویه این پرسش افکار و اقدام به خودکشی در طول زندگی، افکار خودکشی در یک سال گذشته، تهدید به خودکشی و احتمال ارتکاب خودکشی در آینده را می‌سنجند. هر چه فرد نمره بیشتری در این پرسشنامه بگیرد نشان‌دهنده احتمال خودکشی بیشتر است. نمره برش این پرسشنامه ۸ است و افرادی که نمره ۸ یا بالاتر کسب کنند در معرض خطر خودکشی قرار دارند و افرادی که نمره کمتر از ۸ کسب کنند در معرض خطر خودکشی قرار ندارند. سازندگان این ابزار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در نوجوانان دارای مشکل روان‌پزشکی را ۰/۸۸ و نوجوانان عادی را ۰/۸۶ به دست آورده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را برای بزرگسالان دارای مشکل روان‌پزشکی ۰/۸۶ و برای بزرگسالان عادی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند [۳۷]. از سوی دیگر روایی هم‌زمان پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه (BHS) توسط سازندگان ابزار مورد ارزیابی قرار گرفته و تأیید شد (عثمان و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران نیز همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۰ به دست آورده است و روایی هم‌زمان آن را پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه (BHS) مطلوب گزارش شده است [۳۸].

شیوه انجام پژوهش:

پس از دریافت کد اخلاق با شناسه IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1401.015 و هماهنگی با مسئولین مرکز درمانی و توان‌بخشی توس شهر مشهد، ۱۲۰ بیمار افسرده مبتلا به سوگ (بر اساس تشخیص قطعی افسردگی سوگ توسط روان‌پزشک و کسب نمره بالاتر از ۲۹ از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)) انتخاب شدند و ۴۵ نفر از این بیماران به روش نمونه‌گیری هدفمند، پس از غربالگری اولیه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش همچون تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، داشتن تجربه سوگ در کمتر از یک سال گذشته، داشتن تجربه اقدام به خودکشی، دارای تحصیلات حداقل دیپلم، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰-۴۵ سال، تشخیص اختلال

در پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علی - مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود [۳۹].

ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ذیل است.

۱. پرسشنامه افسردگی^۱

این پرسشنامه ویرایش دوم مقیاس افسردگی است که در سال ۱۹۹۶م توسط بک و استیر تدوین شده است و شامل ۲۱ پرسش است. این ابزار باهدف سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده مورد استفاده قرار می‌گیرد و ماده‌های آن بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. این ابزار از نوع آزمون‌های خودگزارشی بوده و در پنج‌تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. برای پاسخگویی به این ابزار آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. از این رو این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است؛ و با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. برای تعیین سطح کلی افسردگی نیز به این صورت عمل می‌شود که نمره ۰ تا ۱۳ نشان‌دهنده نداشتن افسردگی یا کمترین افسردگی؛ نمره ۱۴ تا ۱۹ نشان‌دهنده افسردگی خفیف؛ نمره ۲۰ تا ۲۸ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید است. سازندگان این ابزار روایی و پایایی این پرسشنامه را با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آورده‌اند [۳۵]. در ایران نیز پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به‌دست‌آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد برابر ۰/۷ به‌دست‌آمده است. همچنین پایایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ گزارش شده و اعتبار پرسشنامه به روش باز آزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بوده است [۳۶].

درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد طرح‌واره درمانی با درجه علمی دکتری تخصصی روان‌شناسی در اتاق جلسات مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به اجرا در آمد. همچنین گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان پذیرش و تعهد بر اساس بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هاین و همکاران [۳۳] قرار گرفتند. این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با درجه علمی دکتری تخصصی روان‌شناسی در اتاق جلسات مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به اجرا در آمد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد و در پایان جلسات هر سه گروه، مجدداً با پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفتند و پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربردی تعامل آزمودنی‌های دو گروه، جلسات طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید. درنهایت پس از مدت سه ماه یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد و یافته‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی به‌قرار ذیل است.

افسردگی توسط روان‌پزشک و کسب نمره بالاتر از ۲۹ از پرسشنامه افسردگی بک، عدم شرکت هم‌زمان در مداخله دیگر، مصرف داروی لیتیوم کربنات با دوز ۳۰۰ به صورت روزانه (جهت پیشگیری از رفتارهای خودکشی)؛ انتخاب شدند و از آنجا که حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای ۱۵ نفر است [۳۹]؛ آزمودنی‌های انتخاب‌شده به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. هر سه گروه به‌عنوان پیش‌آزمون نسبت به تکمیل پرسشنامه رفتارهای خودکشی تجدیدنظر شده (R-SBQ) اقدام نموده و در ادامه از گروه آزمایش اول خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت طرح‌واره درمانی بر اساس بسته طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران [۴۰] قرار گیرند. لازم به ذکر است که بسته مداخله طرح‌واره درمانی، بسته کوتاه شده ۱۴ جلسه‌ای یانگ است که به دلیل شرایط خاص آزمودنی‌ها (خلق پایین و نداشتن انگیزه برای شرکت فعال در جلسات درمانی به دلیل وجود افسردگی) به ۸ جلسه کاهش پیدا کرده و روایی صوری این بسته مداخله به تأیید ۱۰ نفر از استادان گروه روان‌شناسی رسیده است. همچنین روایی محتوایی آن پس از اجرا بر روی یک گروه ۱۰ نفره از بیماران افسرده ۲۵ تا ۴۰ ساله مورد تأیید قرار گرفته است. این جلسات توسط

جدول ۱. شرح جلسات طرح‌واره درمانی [۴۰]

جلسات	محتوا
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی بیان و مشکلات مراجعین در قالب رویکرد طرح‌واره درمانی صورت‌بندی می‌شود.
جلسه دوم	در جلسه دوم، شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته موردبررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم بحث و گفتگو می‌شود.
جلسه سوم	در جلسه سوم، تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود.
جلسه چهارم	در جلسه چهارم، مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده آموزش داده می‌شود.
جلسه پنجم	در جلسه پنجم، برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می‌شود.
جلسه ششم	تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش داده می‌شود.
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود.
جلسه هشتم	به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می‌شود و مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم موردبررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود. مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته‌شده تمرین می‌شود.

جدول ۲. جلسات درمان پذیرش و تعهد [۳۳]

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی و ارتباط اعضا با هم، توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون. ارائه توضیحات درباره افسردگی و سوگ و تنظیم هیجان، همچنین تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، بحث در مورد تجارب و ارزیابی آن‌ها.
جلسه سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت توسط اعضا هنگام افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهد، بیان کنترل به‌عنوان مشکل سنجش.
جلسه چهارم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود. بررسی نقاط مثبت و منفی اعضا و تضعیف خود مفهومی و بیان خود واقعی بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی و تعهد رفتاری.
جلسه پنجم	آموزش تحمل بلا تکلیفی و اصلاح نشخوار ذهنی و افزایش تحمل و مسئولیت‌پذیری (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن اعضا به یکدیگر.
جلسه ششم	آموزش مدیریت هیجان (اهداف این آموزش، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، افزایش هیجان مثبت (تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر
جلسه هفتم	افزایش کارآمدی فردی و بین‌فردی، آموزش مهارت‌های بین فردی (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرئت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت‌نفس). سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان‌کرده خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

شیوه تحلیل داده‌ها

نتایج با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی بر اساس نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه طرح‌واره درمانی ۳۳/۷۳ و ۴/۳۲، در گروه درمان پذیرش و تعهد ۳۱/۴۰ و ۴/۳۲ و در گروه کنترل ۳۲/۸۰ و ۴/۶۳ بود. همچنین از اعضای گروه طرح‌واره درمانی ۴ نفر مقطع کاردانی و ۱۱ نفر

مقطع کارشناسی بودند و از اعضای نمونه گروه درمان پذیرش و تعهد ۳ نفر مقطع کاردانی و ۱۲ نفر مقطع کارشناسی بودند و از گروه کنترل ۴ نفر در مقطع کاردانی و ۱۱ نفر در مقطع کارشناسی بودند. آزمودنی‌ها از لحاظ جنسیت در هر سه گروه همگن بوده به طوری که در هر سه گروه ۸ آزمودنی زن و ۷ آزمودنی مرد بودند. میانگین مدت‌زمان تجربه سوگ برای گروه طرح‌واره درمانی ۹/۰۶ و برای گروه پذیرش و تعهد ۹/۰۴ و برای گروه کنترل ۹/۰۱ بوده است. همچنین نسبت اشخاص فوت‌شده با آزمودنی‌ها در هر سه گروه پدر، مادر و فرزندشان بوده است. در هر سه گروه شاخص‌های توصیفی رفتارهای خودکشی در هر یک از دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی رفتارهای خودکشی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمون	طرح‌واره درمانی		درمان‌پذیرش و تعهد		کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
رفتارهای خودکشی	پیش‌آزمون	۱/۱۳	۱۰/۵۳	۱/۱۵	۱۰/۸۰	۱/۷۵	۱۰/۰۷
	پس‌آزمون	۰/۶۸	۶/۸۰	۱/۵۵	۴/۶۰	۰/۵۹	۱۰/۲۷
	پیگیری	۰/۹۲	۶/۱۳	۱/۵۵	۳/۶۰	۰/۷۷	۹/۸۰

نتایج بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در رفتارهای خودکشی در گروه‌های آزمایشی و گواه در جدول ۴ آورده شده است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای ابعاد رفتارهای خودکشی در جدول ۴ و ۵ آورده شده است.

نتایج جدول نشان می‌دهد که میان دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان‌پذیرش و تعهد در رفتارهای خودکشی بر حسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های طرح‌واره درمانی و درمان‌پذیرش و تعهد در جدول ۵ آورده شده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمره پس‌آزمون رفتارهای خودکشی در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی کمتر از آزمودنی‌های گروه کنترل است و در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

در بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد؛ توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است ($P > 0.05$). آزمون لوین نیز نشان داد؛ همگنی واریانس‌ها در مراحل آزمون محقق شده است ($P > 0.05$). آزمون موچلی نیز نشان داد؛ مفروضه کرویت محقق شده است ($P > 0.05$ ، $\chi^2 = 0.004$ ، $w = 0.00$).

جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در رفتارهای خودکشی در گروه‌های طرح‌واره درمانی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
آزمون	۵۹۰/۰۲	۲	۲۹۵/۰۱	۲۳۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹
عضویت گروهی	۴۹/۸۸	۱	۴۹/۸۸	۲۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰
آزمون × عضویت	۳۵/۰۹	۲	۱۷/۵۴	۱۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین رفتارهای خودکشی بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های آزمایشی

گروه‌ها	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	۳/۷۳	۰/۰۰۱	۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۰۶
درمان‌پذیرش و تعهد	۶/۲۰	۰/۰۰۱	۷/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۰/۳۴

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان‌پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری اختلاف میانگین‌ها معنادار است ($P < 0.001$)؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان‌پذیرش و تعهد با درمان‌پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ تفاوت وجود دارد و درمان‌پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر کاهش رفتارهای خودکشی این بیماران دارد.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان‌پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری اختلاف میانگین‌ها معنادار است ($P < 0.001$)؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان‌پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ بود؛ یافته‌ها نشان داد، هر دو رویکرد طرح-واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ اثربخش بوده و بین این دو روش تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که کاهش رفتارهای خودکشی در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر از گروه طرح‌واره درمانی بوده است.

یافته پژوهش حاضر در زمینه تأثیر طرح‌واره درمانی بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده، همسو با یافته‌های پژوهش‌های [۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲] است. همچنین در زمینه تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی نیز می‌توان به پژوهش‌ها [۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱] اشاره نمود.

در تبیین تأثیر طرح‌واره درمانی بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ می‌توان گفت، چون طرح‌واره درمانی به بیماران افسرده کمک می‌نماید تا ذهنیت‌های خود منفی را از طریق تکنیک‌های شناختی و تجربی اصلاح نمایند؛ توانمندی‌های مقابله‌ای آنان در خلق منفی افزایش یافته و این موضوع بر احساس افسردگی آنان تأثیر گذارده و می‌تواند افکار و رفتارهای خودکشی را کاهش دهد [۱۹]. بیماران افسرده‌ای که به خاطر مسئله سوگ دچار نوعی احساس گناه و نپذیرفتن واقعیت می‌شوند، تنش روانی و اضطراب را تجربه می‌کنند که ماندگاری این هیجانات منفی موجب افزایش افسردگی آن‌ها می‌شود [۷]؛ به همین دلیل چون تکنیک‌های طرح‌واره درمانی به این بیماران کمک می‌کند تا پذیرش هیجانات را بجای نشخوار و اجتناب به کار برند، توانمندی آن‌ها در تنظیم هیجانات افزایش می‌یابد و پیرو آن افکار خود آسیب‌رسان و رفتارهای خودکشی کاهش پیدا می‌کند [۲۱]. همچنین می‌توان این‌گونه ادعا نمود که در بیماران افسرده اجتناب هیجانی و شناختی در هر شکل، منجر به تشدید حساسیت بیمار به هیجانات ناخوشایند و در نهایت انفعال و افسردگی می‌شود به همین دلیل در طرح‌واره درمانی سعی می‌شود تا با قطع این چرخه، روی تجارب هیجانی پریشان کننده و اعتباربخشی به آن‌ها تمرکز گردد و بیماران با تمرین راهبردهای مشاهده و پذیرش تجارب ناخوشایند هیجانی و

بدنی به این ظرفیت درونی دست می‌یابند و بتوانند سطح تاب‌آوری خود را از طریق مرتبط کردن هیجانات به ارزش‌های متعالی و تمرین تجربی حضور در لحظه تقویت کرده و به تنظیم بهتر هیجانات منفی خود نائل آیند که همین موضوع به کاهش خلق نفی و نهایتاً کاهش رفتارهای خودکشی در آنان منجر می‌شود [۲۲].

در تبیین تأثیر درمان‌پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ می‌توان این‌گونه عنوان نمود، وجود خلق افسرده حاصل تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی، اجتناب از تجارب درونی و انجام‌ندادن فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی است و چون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تغییر رابطه بیمار افسرده با تجارب درونی و اجتناب‌های او تأکید دارد، در این رویکرد سعی می‌گردد تا با استفاده از روش‌هایی همچون پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی و تحمل پریشانی، به توانمندی بیماران در تنظیم خلقیات کمک شود و بیماران بتوانند ضمن کاهش احساس افسردگی، رفتارهای خود آسیب‌رسان را کمتر بروز دهند [۲۸]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بطن کارکرد هیجانی سالم قرار دارد بر همین اساس این رویکرد از طریق فرایند فاصله‌گیری شناختی و همجوشی زدایی از افکار، پذیرش، برقراری تماس با لحظه حال، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و عمل و اقدام متعهدانه، به بیماران کمک می‌کند تا به گشودگی برسند و بر اساس تجربه واقعی اقدام کنند، نه بر اساس آنچه ذهن یا بدن خواستار آن است به همین دلیل بیماران افسرده‌ای که تحت این روش درمانی قرار می‌گیرند، به این توانمندی نائل می‌آیند که بتوانند هیجانات منفی خود را تنظیم نموده و آرامش روانی بهتری را تجربه کنند که همین موضوع منجر به کاهش رفتارهای خودکشی در آنان می‌شود [۲۹].

در خصوص مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی با درمان‌پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ نیز می‌توان این‌گونه مطرح نمود، چون در درمان پذیرش و تعهد، بیماران تشویق می‌شوند تا علاوه بر اصلاح شناختی، توانایی کاهش مقابله با محتوای روانی را دارند و با پذیرش بیشتر، قادر به تعدیل هیجانات هستند؛

دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تری در نظر گرفته شود. از جنبه کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود، موضوع رفتارهای خودکشی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ مورد توجه قرار گرفته و مداخلات لازم از سوی روان‌شناسان و درمانگران با استفاده از رویکردهای پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی صورت پذیرد. همچنین با توجه به تأثیر مثبت دو رویکرد مذکور بر رفتارهای خودکشی، استفاده از این دو روش درمانی توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، برنامه‌ریزی کلی در خصوص معرفی این دو روش درمانی به مشاوران و درمانگران انجام پذیرد تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از آن به کاهش رفتارهای خودکشی بیماران کمک نموده و نقش درمانی و پیشگیرانه‌ای در جهت کاهش افسردگی و احتمال رفتارهای خود آسیب‌رسان ایفا نمایند.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این مقاله نویسندگان را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از تمام کارکنان و بیماران مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

منابع

- ۱- علوی س ح، قاسمی مطلق م، اسماعیلی شاد ب، بخشی‌پور ا. مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی. دو فصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۱۴۰۱؛ ۳(۱): ۲۶۵-۲۵۳.
- ۲- صفی‌الحسینی ف س، ساکی م، حامدی ا، سعادت‌ح، لشکر دوست ح. شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر بجنورد در سال ۱۳۹۳. نشریه دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۳۹۶؛ ۴(۲): ۱۶-۳۲.
- ۳- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ۵. ترجمه فرزین رضاعی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۴۰۰.
- ۴- سالاری ع، عزیزی م، سعیدمنش م. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افسردگی و عزت‌نفس نوجوانان ۱۳-۱۴ سال سوگوار. پنجمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، تهران: همایش‌های روانشناسی؛ ۱۳۹۸.

بنابراین استفاده از این رویکرد می‌تواند تأثیر بیشتری بر افزایش مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی داشته باشد و میزان افسردگی آنان را کاهش دهد [۳۳]؛ چراکه این درمان به‌جای آموزش راهبردهای متعدد برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به بیماران می‌آموزد تا با آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند، مهارت کسب کنند و ضمن تعدیل خلیقات منفی، رفتارهای خود آسیب‌رسان را کاهش دهد؛ اما طرح‌واره درمانی به‌صورت مستقیم به تغییر باورها و نگرش‌ها و طرح‌واره‌ها توجه می‌کند و سعی دارد اصلاح شناختی را با تأکید بر تغییر مستقیم افکار و طرح‌واره‌ها بکار گیرد [۴۰]؛ به همین دلیل چون برای بیماران با خلق منفی پذیرش افکار و احساسات راحت‌تر از تلاش برای تغییر آن‌هاست، این رویکرد توانسته است بر کاهش رفتارهای خودکشی اثربخش باشد. به‌طورکلی می‌توان بیان کرد، افزایش توجه و آگاهی بیماران مبتلا به سوگ به دلیل نپذیرفتن واقعیت مرگ عزیزان باعث می‌گردد تا آن‌ها احساس افسردگی و غم را به‌طور پیوسته تجربه کنند و نتوانند هیجانات منفی خود را نظم ببخشند؛ به همین دلیل چون درمان پذیرش و تعهد، از طریق افزایش پذیرش احساسات و هیجانات فردی، باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود؛ آنان را قادر می‌سازد تا توانایی خود را در جهت فعالیت‌های ارزیابی شناختی ارتقا بخشد و بتوانند ضمن افزایش این توانمندی رفتارهای خود آسیب‌رسان را کمتر کنند که این سبک مقابله در طرح‌واره درمانی مشاهده نمی‌شود. هرچند این پژوهش به لحاظ زیربنای توصیفی و نظری، نوآورانه است، اما پژوهشگر در انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، نخست آنکه این پژوهش تنها بر روی بیماران افسرده مبتلا به سوگ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد انجام شده است؛ به همین دلیل نمی‌توان در خصوص تعمیم این نتایج به دیگر مناطق جغرافیایی و جوامع آماری دیگر اظهار نظر نمود. همچنین از دیگر محدودیت‌های این تحقیق عدم پیگیری بلندمدت نتایج پژوهش است که به دلیل وجود برخی از محدودیت‌های زمانی، پیگیری سه‌ماهه انجام شد. در نهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش به‌عنوان پیشنهاد می‌توان این‌گونه عنوان داشت، جهت مقایسه تأثیر دو رویکرد مذکور بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ،

- ۱۵- حسینی فرد س م. اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به افسرده‌خویی: کاهش شدت افسردگی، ناامیدی، طرح‌واره ناسازگارانه اولیه و افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی. [رساله دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی]. ۱۴۰۰.
- 16-Dadomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current opinion in psychiatry*. 2018; 31(1): 43-49.
- ۱۷- رهبر کرباسدهی ف، ابوالقاسمی ع، رهبر کرباسدهی ا. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*. ۱۳۹۸؛ ۱۵(۴): ۷۳-۹۰.
- ۱۸- علی‌مردانی ف، کریمی ش، حامدی‌فر ف، محبیان‌فر م. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افکار خودکشی نوجوانان. [دوازدهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی]. تهران: کنفرانس روانشناسی تهران؛ ۱۴۰۱.
- ۱۹- مودنی ت، غلامرضایی س، رضایی ف. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان. *مجله ارمان دانش*. ۱۳۹۷؛ ۲۳(۲): ۲۶۶-۲۵۳.
- ۲۰- ابراهیمی گ، غضنفری ا، مشهدی‌زاده ش، رحیمی س. مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجانی در بزرگ‌سالان با سابقه ناملایمات کودکی (جسمی و جنسی). *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۲۱(۱): ۹۵-۱۰۲.
- 21-Grazka A, Królewski K, Sójta K, Strzelecki D. Suicidality in the light of schema therapy constructs, ie, Early Maladaptive Schema and Schema Modes: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(21): 6755. <https://doi.org/10.3390/jcm12216755>
- 22-Milesi IP, de Araújo RMF, Bücker J. Suicidal behavior and early maladaptive schemas and schema domains. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2023; 211(7): 514-518. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001642>
- 23-Walser RD, Garvert DW, Karlin B. E, Trockel M, Ryu D. M, Taylor C. B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*. 2015; 74(2): 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>
- 5- Moses K, Nagarajan O, Lenin B. Determining the Association of Grief Intensity and Prolonged Grief Disorder among COVID-19 Bereaved-A Preliminary Study. *Journal of Family Life Education*. 2022; 1(1): 63-83.
- ۶- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روان (5-TR)*. ترجمه مهدی گنجی. تهران: انتشارات ساوالان؛ ۱۴۰۱.
- 7- Hilberdink C. E, Ghainder K, Dubanchet A, Hinton D, Djelantik A. M. J, Hall B. J, Bui E. Bereavement issues and prolonged grief disorder: A global perspective. Cambridge Prisms: *Global Mental Health*. 2023; 10(2): 32-45.
- 8- Toshishige Y, Kondo M, Ito Y, Hashimoto H, Okazaki J, Okami T, Akechi T. Interpersonal psychotherapy for bereavement-related major depressive disorder in Japan: a pilot study. *Cogent Psychology*. 2023; 11(1): 229-235.
- 9- Briere J, Kwon O, Semple J, Godbout N. Recent suicidal ideation and behavior in the general population: the role of depression, posttraumatic stress, and reactive avoidance. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2019; 207(5): 320-325.
- ۱۰- سادوک ب ج، سادوک و آ. خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۴۰۰.
- 11-Guo Y, Xu Z. Y. R, Cai M. T, Gong W. X, Shen C. H. Epilepsy with suicide: a bibliometrics study and visualization analysis via CiteSpace. *Frontiers in neurology*. 2022; 12(1): 25-36.
- ۱۲- سیمبر گ، علیزاده ش، حاجی‌فقاها ج. عوامل خطر خودکشی در نوجوانان در جهان: یک مرور روایتی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۳۹۶؛ ۱۶(۱۲): ۱۱۵۳-۱۱۶۸.
- 13-Robinson W. L, Whipple C. R, Keenan K, Flack C. E, Wingate L. Suicide in African American adolescents: understanding risk by studying resilience. *Annual review of clinical psychology*. 2022; 18(4): 359-385.
- ۱۴- دمیدجیان، م، دون ه. *درمان افسردگی با فعال‌سازی رفتاری*. ترجمه سامان نونهال و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۹۹.

- ۳۲-همتی ثابت و، حسینی س، افشاری نیا ک، عارفی م. مقایسه اثربخشی طرح‌واره و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به HIV. *مجله دانشکده علوم پزشکی اراک*. ۱۴۰۰؛ ۲۴(۴): ۵۸۱-۵۶۶.
<https://doi.org/10.30473/hpj.2023.67051.5754>
- 33-Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press. 2018.
- 34-Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company. 2018.
- 35-Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1996; 8(4):77-100.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- ۳۶-کازمی، ح. مقایسه تحریف‌های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده. [پایان نامه کارشناسی ارشد]. شیراز: دانشگاه شیراز؛ ۱۳۸۲.
- 37-Osman A, Gutierrez PM, Muehlenkamp JJ, Dix-Richardson F, Barrios FX, Kopper BA. Suicide Resilience Inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*. 2001; 94(3): 1349-1360.
<https://doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1349-1360>
- ۳۸-مهدی‌یار م، نجاتی ف. اعتباریابی پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی، *مجله روانشناسی سلامت*. ۱۳۹۴؛ ۴(۴): ۹۷-۱۰۸. اعتباریابی پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی
- ۳۹-دلاور، ع. روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات ویرایش؛ ۱۳۹۸.
- 40-Young H, Klosko J, Vishar M. Schema therapy, a practical guide for clinical professionals. Translated by Hamidpour, H, Andoz, Z. Arajmand Publications. 2010.
- ۲۴-مصباح ا، حجت‌خواه م، گل‌محمدیان م. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزند در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۱۳۹۷؛ ۸(۲): ۸۴-۱۰۰.
<https://doi.org/10.22067/ijap.v8i2.68383>
- 25-Bodden DH, Matthijssen DA. Pilot Study Examining the Effect of Acceptance and Commitment Therapy as Parent Counseling. *Journal of Child and Family Studies*. 2021; 30(4): 978-988. s10826-021-01926-2.pdf
- 26-Yıldız E. The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*. 2020; 56(3): 657-690.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12482>
- 27-Reyes AT. The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2022; 43(1): 3-12.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1953652>
- ۲۸-شاره ح، رباطی، ز. اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی در سربازان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۴۰۰؛ ۲۷(۴): ۴۱۲-۴۲۷.
<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.225.12>
- ۲۹-خورانی ج، احمدی و، مامی ش، ولی‌زاده ر. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، رضایت از زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۳۹۹؛ ۱۰(۱): ۴۴۳۰-
<https://doi.org/10.22038/mjms.2022.22593.4418>
- 30-Barnes SM, Borges LM, Smith GP, Walser RD, Forster JE, Bahraini NH. Acceptance and Commitment Therapy to Promote Recovery from suicidal crises: A Randomized Controlled Acceptability and Feasibility Trial of ACT for life. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021; 20(3): 35-45.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1642974>
- 31-Hinrichs KL, Steadman-Wood P, Meyerson J. L. ACT Now: The Intersection of Acceptance and Commitment Therapy with Palliative Care in a Veteran with Chronic Suicidal Ideation. *Clinical Gerontologist*. 2020; 43(1): 126-131.
<https://doi.org/10.30473/hpj.2023.67051.5754>