



## The Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Cognitive Regulation and Early Maladaptive Schemas in Women with Suicidal Ideation (with Emphasis on Culture)

Sara Feyzolahi<sup>1</sup> , Mohammad Narimani<sup>\*2</sup> , Tavkkol Mousazadeh<sup>3</sup>

1. Ph.D. Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

**Citation:** Feyzolahi, S., Narimani, M., & Mousazadeh, T. (2023). The comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in women with suicidal ideation in Ardabil (with emphasis on culture). *Journal of Woman Cultural Psychology*, 15(57), 1-17.

<https://doi.org/10.22034/jwcp.2023.707510>

20.1001.1.29811287.1402.15.57.1.8

### ARTICLE INFO

**Received:** 18.06.2023

**Accepted:** 09.09.2023

**Corresponding Author:**

Mohammad Narimani

**Email:**

m\_narimani@uma.ac.ir

**Keywords:**

Schema therapy  
Acceptance and  
commitment therapy  
Emotion cognitive  
regulation  
Early maladaptive  
schemas  
Suicidal ideations

### Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in women with suicidal ideation in Ardabil (with emphasis on culture). The statistical population included all women with suicidal ideation who referred to Ardabil Sanitary General Centers. The research sample embraced 60 subjects whom were selected via purposive sampling procedure and were assigned randomly in two experimental and one control groups, twenty participants each. The research was semi-experimental study using pre-test, post-test with control group and two months' follow-up period. To collect data Early Maladaptive Schemas Questionnaires (Yong, 2003); Short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire of Garnefski and Kraaij, (2004) were implemented. experimental groups were exposed to schema therapy and acceptance and commitment therapy respectively for 8 sessions 90 minutes each and control group received none. The Data were analyzed by applying Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) and Bonferoni post hoc test. The results showed that schema therapy and acceptance and commitment therapy were effective on emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas promotion in women with suicidal ideation ( $p < 0.001$ ). The Bonferoni post hoc test results also indicated that there was no significant difference between the schema therapy and acceptance and commitment therapy in both groups. The results were persistent after the follow-up period.



## Extended abstract

**Introduction:** Suicidal ideations (SI), often called suicidal thoughts or ideas, is a broad term used to describe a range of contemplations, wishes, and preoccupations with death and suicide. Some SI definitions include suicide planning deliberations, while others consider planning to be a discrete state. Suicide as a complex, multidimensional, qualitative, fluid and contextual phenomenon has various social, psychological and cultural dimensions. Suicide is one of the main public health concerns in countries around the world. Awareness of several cognitive and emotional factors that are involved in the women pathology of Suicidal ideations can play an important role in improving the mental health and quality of life of these women. Two of these factors that have attracted the attention of many researchers and therapists were Emotion Cognitive Regulation and Early Maladaptive Schemas. Separate studies indicated a significant direct relationship between emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas with suicidal behaviors and thoughts. One of the things that can guarantee the mental health of such women with suicidal ideation is performing therapeutic interventions to improve their emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas. Two of these effective interventions in enriching the lives of these women is Schema Therapy and ACT. Schema therapy and ACT is two of the approaches that claim effectiveness and treatment in the field of emotional issues and problems. Studies showed that schema therapy is effective in improving emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas. According to these cases the purpose of the research was to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in women with suicidal ideation with emphasis on culture.

**Method:** The statistical population included all women with suicidal ideation who referred to Ardabil Sanitary General Centers. The research sample embraced 60 subjects whom were selected via purposive sampling procedure and were assigned randomly in two experimental and one control groups, twenty participants each. The research was semi-experimental study using pre-test, post-test with control group and two months' follow-up period. To collect data Early Maladaptive Schemas Questionnaires (Yong, 2003); Short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire of Garnefski and Kraaij, (2004) were implemented. The experimental groups were exposed to schema therapy and acceptance and commitment therapy respectively for 8 sessions 90 minutes each and control group received none. The Data were analyzed by applying Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), Univariate Analysis of Covariance(ANCOVA) and Bonferoni post hoc test.

**Results:** The results showed that schema therapy and acceptance and commitment therapy were effective on emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas promotion in women with suicidal ideation ( $p < 0/001$ ). The Bonferoni post hoc test results also indicated that there was no significant difference between the schema therapy and acceptance and commitment therapy in both groups. The results were persistent after the follow-up period.

**Conclusion:** Findings showed that schema therapy and ACT significantly improved emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in women with suicidal



ideation. In explaining these results, it could be said that In schema therapy sessions, the therapist through psychological training to women with suicidal thoughts, introduced them to various ineffective strategies of emotion regulation such as (depression and anxiety), false thoughts such as suicidal thoughts. Therefore, women with suicidal thoughts learned ways to control suicidal thoughts. The schema therapy approach is based on the belief that the unique circumstances one experiences as a child play an important role in creating a set of beliefs about oneself and others that persist throughout life and relate to one's relationship with oneself and others. Therefore, schema therapy seeks to identify these schemas and try to correct or change them and thus improve the early maladaptive schemas. The results showed that ACT improved emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in women with suicidal ideation. ACT caused us to focus on the current situation and to use the opportunities to move towards values despite unwanted events. Psychopathology is caused by emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas is effective in suicidal ideation. Also, Mindfulness (One of the treatment techniques is ACT) could reduce individuals' reactive behavior when confronted with suicidal ideation and as a result, it improved emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in women with suicidal ideation. It is recommended to use these two therapeutic method in psychological and therapeutic centers to improves emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas.

**Authors Contributions:** Sara Feyzolahi: Brainstorming about the topic, guidance for collecting data, content analysis, submitting and editing the article; Dr. Mohammad **Narimani:** Overall framework design, cooperating in content analysis and corresponding author; Dr. Tavkkol Mousazadeh: Collecting data and compiling primary content. All authors discussed, and validated the final manuscript.

**Acknowledgments:** The authors offer their tanks to all the participants in this study.

**Conflict of Interest:** The authors declared there are no conflicts of interest in this article.

**Funding:** This article did not receive any financial support.



## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان دارای افکار خودکشی (با تأکید بر فرهنگ)

سارا فیض‌اللهی<sup>۱</sup>، محمد نریمانی\*<sup>۲</sup>، توکل موسی زاده<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان دارای افکار خودکشی با تأکید بر فرهنگ می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل زنان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط مراکز بهداشتی شهر اردبیل بود. نمونه پژوهش ۶۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۲۰۰۳) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و گراچ (۲۰۰۴) استفاده شد. گروه‌های آزمایش روش‌های مداخله‌ای طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر کدام ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت کردند و بعد از دو ماه مرحله پیگیری اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، تک متغیره و آزمون بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تنظیم شناختی هیجان و بهبود طرحواره‌های ناسازگار زنان دارای افکار خودکشی موثر هستند ( $P=0/001$ ). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بین دو گروه درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود.

کلیدواژه‌گان: طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تنظیم شناختی هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افکار خودکشی

## مقدمه

خودکشی به مثابه پدیده ای پیچیده، چندبعدی، کیفی، سیال و زمینه محور، دارای ابعاد گوناگون اجتماعی، روانی و فرهنگی است. فرهنگ مجموعه ای از جنبه های هیجانی است که شیوهی ارتباط اقراد و رفتارهای آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد. از لحاظ نظری، فرهنگ یکی از مهم ترین عوامل تعیین کننده ی تمامی رفتارها، چه بهنجار و چه نابهنجار است؛ در واقع فرهنگ مرز بین سلامت و ناهنجاری، تحمل علائم و رفتارهای خاص، آسیب پذیری و پای بندی به درمان اثرگذار است (Jacob, 2014). فرهنگ بر این که چگونه افراد علائم خود را نشان می دهند و با مشکلات روان شناختی خود مقابله می کنند و حتی تمایل آن ها برای جستجوی درمان اثر می گذارد؛ نیروهای فرهنگی هم چنین نقش مهمی در سبب شناسی نابهنجاری های روانی و رفتار خودکشی دارند، فرهنگ یکی از مهم ترین عوامل تعیین کننده ی تمامی رفتارها به لحاظ فردی، اجتماعی و از جمله اقدام به خودکشی است؛ هر سال تقریباً ۷۰۰۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی (suicidal) جان خود را از دست می دهند، که در آن حدود ۷۷ درصد از خودکشی ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می دهد (Edwards & et al., 2021). اصطلاح خودکشی به معنای آسیب زدن به خود با هدف از بین بردن خویش است (Kumar, 2019). افکار خودکشی در برگیرنده اشتغالات ذهنی در خصوص نیستی و تمایل به مردن است که هنوز جنبه عملیاتی به خود نگرفته اند. خودکشی یکی از اصلی ترین نگرانی های سلامت عمومی در کشورهای دنیا است (Cirenia & et al., 2020)، به طوری که براساس نتایج پژوهش های جدید در ایالت متحده آمریکا در سال ۲۰۱۸ تقریباً ۳۸۰۰۰ نفر به خاطر اقدام به خودکشی جان خود را از دست داده اند (Peterson & et al., 2020)، شیوع اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف بسیار نگران کننده است. به طوری که در کانادا در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ شیوع ۱۰ درصدی (McIntyre & Yena, 2020)، در آسیای میانه (قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان، قزاقستان و ازبکستان) شیوع ۱۲ درصدی (Falcone & Timmons, 2019) و در آسیای شرقی (ژاپن، چین و کره جنوبی) شیوع ۱۶ درصدی برآورد شده است (Kanwal & et al., 2019). به طور کلی میزان شیوع خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است، اما مسئله قابل توجه و نگران کننده این است که میزان خودکشی در زنان و به طور خاص در کشور در حال افزایش است؛ آمار خودکشی موفق زنان افزایش پیدا کرده و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است (Amiri, 2020). بنابراین با توجه به فرهنگ جامعه و دیدگاه های مذهبی و نكوهشی که نسبت به اقدام به خودکشی وجود دارد و آثار منفی که این اقدام به لحاظ فرهنگی در جامعه بر خانواده و فرد اقدام کننده به خودکشی و علی الخصوص زنان دارد آگاهی از عوامل شناختی و هیجانی مانند تنظیم شناختی هیجان (cognitive emotion regulation) و طرحواره های ناسازگار اولیه (early mal-adaptive schemas) که در آسیب شناسی افکار خودکشی دخیل هستند، می تواند نقش مهمی در پیشگیری و کاهش این رخداد تلخ داشته باشد؛ اعتقاد بر این است که آسیب پذیری زنان در برابر رفتارهای خودکشی به احتمال زیاد به دلیل آسیب پذیری در برابر عوامل روانی - اجتماعی و هیجانی باشد (Kumar, 2019)؛ بنابراین توجه به کارکردهای هیجانی مانند تنظیم شناختی هیجان در آن امری ضروری به نظر می رسد. تنظیم شناختی هیجان را می توان یک روش شناختی در جهت مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک شده تعریف کرد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد یاری می کند تا هیجان های منفی و برانگیختگی ها را تنظیم نماید و این روش تنظیم با پیشرفت، رشد و بروز اختلال های روانی رابطه مستقیم معنی داری دارد. لذا، در نتیجه ی تحلیل شناختی نادرست از موقعیت منطبق و به سبب کمبود اطلاعات، ارزیابی اشتباه یا اعتقادات نادرست، و بی منطق فرد راهبرد شناختی خود را در جهت رویارویی با موقعیت تنش زا را انتخاب می کند. بر اساس این دیدگاه، به افراد در جهت ترمیم الگوی فکری آنان از طریق ترمیم و بازسازی شناختی کمک می شود (Potthoff & et al., 2016). در این راستا نتایج مطالعات جداگانه، Ghaderi & et al. (2020) و McLaerty & et al. (2020) حاکی از ارتباط مستقیم معنی دار میان راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با رفتارها و افکار خودکشی است.

از دیگر متغیرهای مورد بررسی در خصوص افکار خودکشی در این تحقیق طرحواره های ناسازگار اولیه است. مطالعات نشان داده اند که طرحواره های ناسازگار اولیه با افکار و اقدامات مکرر خودکشی رابطه مستقیم معنی داری

دارند. طرح‌واره‌های غیر انطباقی اولیه و هیجان‌های ناپخته، ساختارهای شناختی عمیقی مانند باورهای درباره خود، محیط و دیگران هستند که از عدم ارضاء نیازهای اولیه علی‌الخصوص نیازهای اولیه در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند، این طرح‌واره‌ها بیان‌کننده ارتباط بین محیط شناختی و هیجانی افراد بوده و فعال‌کننده افکار خودآیند منفی مانند افکار خودکشی هستند. هم‌چنین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به عقاید منفی درباره خود، دیگران و جهان اشاره دارند و امکان دارد در طی اولین سال‌های زندگی شکل بگیرند. این طرح‌واره‌ها به افراد کمک می‌کنند تا تجارب شخصی خود را جمع به جهان پیرامونی را سازمان داده و پردازش کنند (Nicol & et al., 2022). شکل‌گیری طرح‌واره‌ها به دوران کودکی باز می‌گردد. به نظر (Young & et al. (2003)، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به دلیل عدم برآورده شدن نیازهای اولیه کودکان در رابطه با والدین یا مراقبت‌کنندگان و نیز بروز رویدادهای استرس‌زا در زندگی شکل می‌گیرد. تحقیقات نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های خود تحول نیافته، طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی و هیجان‌های ناپخته می‌توانند به عنوان عوامل موثر در بروز خودکشی مطرح باشند (Pikington & et al., 2021).

با توجه به آنچه که گفته شد و اهمیت افکار خودکشی و آسیب‌های فراوانی که بر عملکرد کلی و سطح سلامت و کیفیت زندگی این افراد و خانواده آن‌ها دارد، بررسی اثربخشی درمان‌های مختلف می‌تواند در بهبود و پیشگیری از این افکار تاثیر بسزایی داشته باشد. به طور کلی برای درمان‌های اختلالات مختلف روانپزشکی دو طبقه درمان‌هایی دارویی و درمان‌های روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند، درمان‌های دارویی با توجه به عوارض جانبی که دارند، محدودیت‌هایی را در به کار بردن آن‌ها از سوی درمانگران ایجاد کرده است و از طرفی روان‌درمان‌های مرسوم از جمله درمان شناختی رفتاری بر روی درصد زیادی از این بیماران کارایی لازم را نداشته است (Taghipuor & et al., 2022). طرح‌واره‌درمانی (Schema Therapy) و درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) دو نوع روش مداخله‌ای است که در جهت بهبود متغیرهای مختلف مرتبط با سلامت روان شناختی در افراد با افکار خودکشی توسط پژوهشگران به کار برده می‌شود. طرح‌واره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که توسط یانگ و همکاران به وجود آمده و به طور عمده براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری سنتی بنا شده است. در واقع، این رویکرد مکمل درمان شناختی- رفتاری است؛ چرا که درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماری‌های منش شناختی با مشکلاتی روبرو بوده است که طرح‌واره‌درمانی سعی در پر کردن این خلا دارد. براساس نظریه طرح‌واره‌درمانی، طرح‌واره‌ها موجب سوگیری تفسیرهای از رویدادها می‌شوند. و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی میان فردی به صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده و گمانه زنی‌های نادرست، هدف و چشم داشت‌های غیرواقع بینانه مشخص می‌شوند؛ رویکرد طرح‌واره‌درمانی بر الگوهای خود و برانگیز، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. طرح‌واره‌درمانی جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را در بر می‌گیرد و اساساً بر این مشکلات رفتاری و هیجانی که دوام زیادی دارند به کار برده می‌شود. براین اساس می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان شده است (Pikington & et al., 2021). مطالعه پیشینه تحقیقاتی نشان دهنده اثربخشی مثبت طرح‌واره‌درمانی بر متغیرهای مرتبط با سلامت روان شناختی است، به طوری که (Arjmand & Eghbali (2018) در تحقیقی نشان دادند که طرح‌واره‌درمانی به طور معنی‌داری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در گروه مورد مطالعه بهبود می‌بخشد و (Hulbert-Williams & et al. (2015) نیز در تحقیقی جداگانه به این نتیجه دست یافتند. یکی دیگر از درمان‌هایی که تاکنون در جهت درمان علایم افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان مطرح شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. در این شیوه از درمان، مراجعین به این سمت هدایت می‌شوند تا هیجانات و افکار را از خود جدا احساس کنند. چنین وضعیتی به درمانگران این اجازه را می‌دهد تا با چهارچوب حالت شناختی و رابطه منفی را اصلاح کنند. این راهبرد درمانی شبیه برونی کردن در روایت درمانی است. هدف این شیوه از درمان ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به بیماران است تا بتوانند به روش‌های گوناگون با تجاربشان ارتباط برقرار کند و بتوانند به طور کامل با زندگی مبتنی بر ارزش و معنادار درگیر گردند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی

می باشد که اجتناب تجربه‌ای بر آن‌ها غلبه دارد و افراد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی افراد در انتخاب عملی در میان گزینه‌های متفاوت که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از احساسات، افکار یا خاطره‌های آشفته‌ساز انجام می‌شود را بر افراد تحمیل نماید. هم‌چنین توانایی در جهت ارتباط کامل با زمان حال و حفظ یا تغییر رفتار در خدمت اهداف مهم و ارزشمند زندگی است (Zhang & et al., 2018)؛ بنابراین از این طریق می‌تواند کاهش بعضی از افکار منفی مانند افکارهای خودکشی را به همراه داشته باشد. با این وجود پژوهش‌های صورت گرفته در این خصوص به اندازه کافی نبوده و خلاء پژوهشی مبنی بر تاثیر این درمان بر متغیرهای هیجانی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد دارای افکار خودکشی مشهود می‌باشد. مطالعات پیشینه تحقیقاتی مانند (Sun & et al. (2021), Abyar & et al. (2018), Ducasse & et al. (2018), و همچنین پژوهش‌های (Tighe & et al. (2020), Ghorbani & et al. (2019), Mohammadi & et al. (2020), Fahlekar & et al. (2020) نشان دهنده اثربخشی این شیوه از درمان در بهبود افکار خودکشی و متغیرهای مرتبط با سلامت روان‌شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار در گروه‌های مورد هدف است. بنابراین با توجه به آنچه بیان گردید و نیز با توجه به شیوع روز افزون معضل رفتارهای خودکشی به خصوص در زنان، و آثار منفی فرهنگی که جامعه بر خودکشی دارد هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان دارای افکار خودکشی با تاکید بر فرهنگ می‌باشد.

## روش

### طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش به لحاظ نوع روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامعه سلامت شهر اردبیل بودند که از بین این افراد تعداد ۶۲۱ دارای افکار خودکشی (شناسایی براساس مقیاس خودکشی بک) بودند. تعداد نمونه مورد پژوهش ۶۰ نفر از زنان جامعه آماری مذکور بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب در دو گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) به شیوه تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارتند از: تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در برنامه آموزشی، داشتن حداقل سواد سیکل بود و ملاک‌های خروج شامل، شرکت در برنامه‌های آموزشی دیگر و غیبت متوالی دو جلسه بود.

### روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه‌های آماری گروه آزمایش اول ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایشی دوم نیز ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد و بعد از دو ماه مرحله پیگیری انجام شد و گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. ملاک‌های ورود عبارتند از: تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در برنامه آموزشی و حداقل سطح سواد سیکل بود و ملاک‌های خروج شامل، شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه؛ غیبت متوالی دو جلسه بود. در نهایت بعد از انجام جلسات آموزشی پس‌آزمون اجرا شد و بعد از مرحله پیگیری داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره، چندمتغیره (MANCOVA) و آزمون بونفونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار سنجش

**فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه** (The short form of the primary incompatible schemas questionnaire): نسخه اصلی طرح‌واره‌ها، توسط یانگ برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ساخته شده است. فرض بر این است که طرح‌واره ناسازگار اولیه، پدیدآیی و تداوم اختلالات روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تحلیل عاملی نسخه ۲۰۵ سؤالی پرسشنامه طرح‌واره‌ها، طرح‌واره‌های پیشنهادی یانگ را تأیید کرد. شکل



کوتاه پرسشنامه طرحواره (SQ-SF) که دارای ۷۵ گویه می‌باشد، هر آیتم بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه توسط (Young & et al., 2003) بر اساس فرم اصلی ساخته شده است. این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، طرد-بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی-بدرفتاری، انزوای اجتماعی-بیگانگی، نقص-شرم، شکست، وابستگی-بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خودتحول نایافته/گرفتار، اطاعت، ایشار/فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی، استحقاق/بزرگ منشی، خودکنترلی ناکافی. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (Baranoff & et al., 2006)، هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط (Ahi & et al. (2000 در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

**فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان** (Short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسشنامه توسط گارنفسکی و گراچ (Garnefski and Kraaij, 2006) در کشور هلند تدوین شده است و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان که یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و ۳۶ گویه دارد که هر زیر مقیاس ۴ گویه است. فرم کوتاه شده آن ۱۸ گویه است که در آن برای هر زیر مقیاس ۲ گویه (مثبت و منفی) در نظر گرفته شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه شده استفاده گردیده است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (همیشه) است. نمره کل هر یک از زیر مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره گویه‌ها به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره در تنظیم شناختی هیجانی سازگار ۱۰ و ۵۰ و حداقل و حداکثر نمره در تنظیم هیجانی ناسازگار ۸ و ۴۰ می‌باشد (Garnefski and Kraaij, 2006). در ایران اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط (Hasani (2011 بر روی ۴۲۰ نفر (۲۰۰ نفر زن) از شرکت‌کننده‌های جامعه دانشجویی ایران مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین تحلیل مولفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، عامل‌های اصلی پرسشنامه را نیز مورد حمایت قرار داد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها به نسبت بالا بود. سرانجام، الگوی همبستگی خرده مقیاس‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان با علایم افسردگی بیان‌گر روایی ملاکی مقیاس بود (Hasani, 2011). در این مطالعه نمره کل مورد تبیین قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

خلاصه جلسات خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط Hayes & et al. (1999) ساخته شده بر طبق مراحل ذیل می‌باشد:

**Table 1.**

**Summary of therapy sessions based on acceptance and commitment (Hayes & et al., 1999)**

ردیف جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی گروه با یک دیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مساله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به کارگیری استعاره‌های مربوطه
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر
هفتم	تاکید بر زمان حال بودن



خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی که توسط Young & et al. (2003) ساخته شده طبق مراحل ذیل می‌باشد:

**Table 2.**

**Summary of schema therapy sessions (Young & et al., 2003)**

ردیف جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی گروه، ایجاد تفاهم، طرح اولیه مشکل به وسیله مراجع، تکلیف: تکمیل فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ی یانگ، فرمول بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره -محور، سنجش طرحواره‌ها، تکلیف: تکمیل پرسشنامه سبک فرزندپروری
دوم	فرضیه سازی درباره طرحواره‌ها، تصویر سازی ذهنی، آموزش به بیمار درباره طرحواره‌ها، تکلیف: تکمیل پرسشنامه سبک مقابله ای یانگ، بررسی راهبردهای مقابله ای، غلبه بر اجتناب طرح واره ای، تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره مدار. تکلیف: شناسایی و یادداشت اجتناب طرح واره ای
سوم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها در دوره‌های متفاوت زندگی، بررسی شواهد موافق و مخالف از دوران کودکی تا بزرگسالی، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره‌ها ارز یابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله ای، تکلیف: تهیه ی لیستی از شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره. آزمون اعتبار طرحواره‌ها، تبدیل طرحواره به افکار بنیادی سه گانه و آزمودن آن‌ها، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ مقابله ای، تکلیف: تهیه لیستی از مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله ای.
چهارم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها، ارایه منطق تکنیک‌های تجربی، آموزش تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره، تکلیف: تدوین کارت‌های آموزشی مشابه برای مقابله با طرحواره. برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و آموزش تکنیک، تصویرسازی به منظور مداخله، گفتگوی خیالی، تکلیف: استفاده از کارت‌های آموزشی و برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم.
پنجم	کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالد بینی حد و مرزدار، بازسازی خاطرات آسیب زا به منظور بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و دریافت حمایت و آرامش، نوشتن نامه به افراد مهم زندگی، تکلیف: نوشتن نامه به افراد مهم زندگی .
ششم	الگو شکنی رفتاری، اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار، تکلیف: تهیه لیستی از مزایا و معایب رفتارهای طرحواره محور.
هفتم	الگو شکنی رفتاری، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، شناسایی موانع تغییر رفتار، تکلیف: تهیه لیستی از موانع تغییر رفتار.
هشتم	الگو شکنی رفتاری، غلبه بر موانع تغییر رفتار، گفتگو بین جنبه سالم و جنبه مانع، پس آزمون.

**یافته‌ها**

برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس و آزمون بونفرونی استفاده شد. در ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس در گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کولموگراف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد، نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد ( $sig=0/41$ ). از این رو فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان ( $F=1/54, sig=0/33$ )، طرحواره‌های ناسازگار اولیه ( $F=1/85, sig=0/45$ )، و پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان ( $F=1/32, sig=0/31$ ) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه ( $F=1/49, sig=0/21$ ) به دست آمد بنابراین پیش فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. هم‌چنین از سطح معنی‌داری تعامل گروه و پیش‌آزمون‌ها برای بررسی همگنی شیب رگرسیون



استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. با تایید این فرضیه‌ها امکان تحلیل کواریانس فراهم شد.

**Table 3.**

**Mean and standard deviation for pre-test-post-test-follow-up emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in both groups**

Variables		Acceptance and Commitment Therapy		Schema Therapy		Control	
		M	SD	M	SD	M	SD
Emotion cognitive regulation	Pretest	31.11	2.31	30.57	2.53	32.95	2.53
	Posttest	49.05	3.14	48.88	2.75	33.69	2.76
	Follow-up	49.21	2.25	49.43	1.96	34.11	2.12
Early maladaptive schemas	Pretest	63.14	4.41	62.52	2.25	62.41	2.39
	Posttest	51.74	4.14	51.35	1.85	63.17	1.79
	Follow-up	51.18	3.89	51.68	2.59	62.88	2.41

نتایج جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه گروه نشان می‌دهد.

**Table 4.**

**The result of multivariate covariance analysis on means score of emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas in both groups**

Test		Vale	F	DF assumption	DF error	P	Effect size
Pills trace	Posttest	0.71	505.32	3	27	0.001	0.63
	Follow-up	0.69	459.63	3	27	0.001	0.61
Wilks lambda	Posttest	0.05	505.32	3	27	0.001	0.63
	Follow-up	0.09	459.63	3	27	0.001	0.61
Hotellings trace	Posttest	52.13	505.32	3	27	0.001	0.63
	Follow-up	51.89	459.63	3	27	0.001	0.61
Roys largest root	Posttest	52.13	505.32	3	27	0.001	0.63
	Follow-up	51.59	459.63	3	27	0.001	0.61

جدول ۴، نتایج آزمون‌های معنی‌داری مانکوا برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که



هر چهار آماره یعنی اثربخشی، لامبدای ویلکز، اثرهتلینگ و و بزرگترین ریشه روی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

**Table 5.**

**The results of one-way covariance in the context of the MAVCOVA on the variables of the research**

Test	Variable	SS	Df	MS	F	P	Eta
Posttest	Emotion cognitive regulation	1394.49	1	1394.49	411.33	0.001	0.65
	Early maladaptive schemas	4123.25	1	4123.25	302.47	0.001	0.64
Follow-up	Emotion cognitive regulation	1321.54	1	1321.54	422.54	0.001	0.67
	Early maladaptive schemas	3998.32	1	3998.32	289.47	0.001	0.62

جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، تأثیر طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. همان طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، مقدار F تأثیر اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۴۱۱/۳۳، ۳۰۲/۴۷ و در مرحله پیگیری برابر با ۴۲۲/۵۴، ۲۸۹/۴۷ می‌باشد که تمامی این مقادیر از لحاظ آماری معنی دار هستند. بنابراین در مرحله پس آزمون بین متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. و با توجه به میانگین‌های گزارش شده این تفاوت به نفع گروه آزمایش می‌باشد و این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نیز پایدار است. به عبارتی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی شده است. و این درمان بر متغیرهای وابسته طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان اثربخش بوده و نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است.

در جدول ۶ به مقایسه اثربخشی دو روش درمانی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد پرداخته شد:

**Table 6.**

**The results of the Bonferroni test for the pairwise comparison of the emotion cognitive regulation and early maladaptive schemas and the prediction of differences between groups**

Variable	Posttest		Follow-up			
	DM	sig	DM	Sig		
Emotion cognitive regulation	Acceptance and Commitment therapy- Schema Therapy		0.83	0.19	0.22	0.35
	Acceptance and Commitment therapy- Control		15.36	0.001	15.10	0.001
	Schema Therapy- Control		15.19	0.001	15.32	0.001

Early maladaptive schemas	Acceptance and Commitment Therapy- Schema Therapy				
		0.39	0.31	0.50	0.24
schemas	Acceptance and Commitment Therapy- Control				
		11.43	0.001	11.70	0.001
Schema Therapy- Control		11.82	0.001	11.20	0.001

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر نمرات تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه تاثیر معنی‌داری دارند ( $P=0/01$ )، و این تاثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. هم‌چنین با توجه به نتایج جدول بین میزان تاثیر درمان پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی تفاوت معنی‌داری بر نمرات تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و طرحواره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و الگوهای ناسازگار اولیه در زنان دارای افکار خودکشی با تاکید بر فرهنگ بود به عبارتی فرهنگ یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی تمامی رفتارها به لحاظ فردی، اجتماعی و از جمله اقدام به خودکشی است؛ نتایج به دست آمده نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری در افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی داشته و از نظر مقایسه این دو روش درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش‌های (Fahlekar & et al., 2020) بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گزارش کرد که گسترش کنار آمدن مؤثر با هیجان‌های منفی می‌تواند از نفوذ یک اثر زیان‌بخش این هیجان‌ها بر هیجان‌های مثبت جلوگیری کند (Potthoff & et al., 2016). بر همین اساس آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش دربرگیرنده تمریناتی برای کمک به افزایش درگیر شدن آگاهانه در فعالیت‌های لذت‌بخش، هوشیاری/قردانی هیجان‌های مثبت است که باعث تسهیل هیجان‌های مثبت می‌شود. هم‌چنین افراد دارای مهارت‌های تنظیم شناختی هیجانی به وسیله افکار مثبت می‌توانند به وسیله کاهش نشخوار ذهنی و افکار مرتبط با خودکشی، راه بر این افکار مسدود کنند. بنابراین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث می‌گردد که افراد زمان و تلاش خود را در جهت وقف اهداف خود کنند و راه‌های رسیدن به هدف را به خوبی انتخاب و شناسایی کنند، از این رو این موضوع باعث کاهش افکار خودکشی در آن‌ها می‌شود. به بیانی دیگر می‌توان بیان کرد افرادی که مجهز به تنظیم مثبت شناختی هیجان هستند، شادی بیشتری را تجربه کرده و به دلیل توانایی کنترل موقعیت‌ها در ابعاد مختلف، کارآمدتر بوده و مشکلات روان‌شناختی و افکار منفی (مانند افکار خودکشی) کمتری را تجربه می‌کنند.

همان طرز که گفته شد نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی نیز بر افزایش تنظیم شناختی هیجان زنان دارای افکار خودکشی اثر بخش است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که طرحواره‌ها در تعیین علت و چپستی یک عمل نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. افراد از طریق طرحواره‌ها به جهان نگاه می‌کنند. طرحواره‌ها، باورها و احساسات مهمی در مورد خود و محیط می‌باشند که افراد آن‌ها را بدون چون و چرا پذیرفته‌اند و در برابر تغییر مقاومت زیادی نشان می‌دهند. لذا زمانی که این طرحواره‌های ناسازگار به گونه‌ای باعث دید پوچ و بی‌هدف و ناامیدانه به فرد القا کند ممکن است شخصی که از تنظیم شناختی هیجانی موثری برخوردار نیست به واسطه این طرحواره‌ها به سمت نابودی خود و خودکشی برود. در جلسات طرحواره‌درمانی درمانگر از راه آموزش روانی به زنان دارای افکار خودکشی آن‌ها را با انواع راهبردهای ناکارآمد مانند تنظیم هیجان همچون افسردگی و اضطراب، تفکرات نادرست مانند افکار خودکشی آشنا می‌کند. که این امر راه کنترل افکار خودکشی را در این زنان کاهش می‌دهد هم‌چنین، آموزش باعث می‌شود تا اعضا بتوانند راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان مانند طلب حمایت اجتماعی، تغییر در محتوای افکار (بازسازی شناختی)، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و غیره را آموخته و به هدف تنظیم هیجان نایل شوند. در تبیین دیگر این یافته‌ها می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله

ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و هم‌چنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای ابراز هیجان‌های سازگارانه‌تر در مواجهه با رخداد‌های تلخ تحریک کننده افکار منفی مانند افکار خودکشی فراهم می‌آورد.

نتایج تحقیق هم‌چنین نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان دارای افکار خودکشی داشته و از نظر مقایسه این دو روش درمانی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. نتایج پژوهش نشان داد که روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زنان دارای افکار خودکشی اثر بخش است. این تحقیق هم‌سو با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های انجام شده (Hulbert-Williams & et al., 2015)، (Arjmand & Eghbali, 2018) می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای خودشکننده و هیجانی هستند که در طول رشد آغاز می‌گردند و در تمام عمر تکرار می‌شوند (Pikington & et al., 2021). از سویی اهمیت درمان‌های موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک حوزه مهم و اساسی در کاهش مشکلات مرتبط با سلامت روان شناختی و از جمله افکار خودکشی ثابت شده است. در این شیوه از درمان بیماران یاد می‌گیرند که هرگز نباید نسبت به خود نگاه شکست خورده و از هم پاشیده و ناامیدی داشته باشند. و به جای این نگاه و باور در این رویکرد سعی می‌شود زندگی غنی از امید، معنا و ارزش را در افکار بیماران تقویت کند. در نگاه این رویکرد درد و رنج جزئی جدانشدنی از زندگی شخصی هر فرد در نظر گرفته می‌شود، نه یک عنصر بیگانه که باید از آن خلاص شد (در اینجا دردها و طرحواره‌های که منجر به ناامیدی و افکار خودکشی می‌شود). به جای تلاش در جهت جدا کردن این افکار (که گاهی نمی‌شود در آن تغییری ایجاد کرد) آن‌ها تشویق می‌شوند که به انتخاب‌های بهتر در زمان حال و آینده و قدم‌های رو به جلو در جهت ارزشمند کردن زندگی خود داشته باشند. از سویی دیگر افرادی که طرحواره‌های آن‌ها در حوزه بریدگی، طرد، از دست دادن قرار دارد، اعتقاد دارند که نیاز آن‌ها به ثبات، محبت، امنیت تعلق خاطر و عشق برآورده نخواهد شد. این افراد معمولاً به صورت شتاب زده و نسنجیده به هنگام مشکلات زندگی عمل کرده و برای خلاص شدن از حلاهای عاطفی و مشکلات شناختی و عدم توانایی در حل آن‌ها افکار از بین رفتن و نبودن (افکار خودکشی) در آنها افزایش پیدا می‌کند. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر این افکار با تجربه درونی به مراجع آموزش داده می‌شود، این تغییر با وضوح آگاهی درونی و وسعت بخشیدن همراه است و باعث تشدید آن‌ها می‌گردد و بایستی این تجربه‌ها را بدون هیچ گونه واکنش بیرونی و درونی در جهت حذف این تنش‌های شناختی تقویت کننده افکار خودکشی به صورت کامل بپذیرند. در نتیجه می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد به مراجعان این کمک را می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود را مورد پذیرش قرار داده و از تجربه‌های درونی خود در جهت تصمیم‌ها و هیجانات و رفتارهای مثبت کمک بگیرند.

نتایج پژوهش هم‌چنین نشان داد که طرحواره‌درمانی نیز در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر دارد. این نتیجه هم‌سو با نتایج (Sun & et al., 2021) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گزارش کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در دوران ابتدایی زندگی در نتیجه تجارب نامطلوب و ناخوشایند کودکی شکل گرفته‌اند. امکان دارد هسته اصلی رفتارهای خودزنی، خودکشی و افکار خودکشی را در آینده تشکیل دهند، این رویکرد درمانی بر خلاف انواع مختلف شناخت درمانی که بر زمان حال تاکید دارند، بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساسات و رفتارهایی که از دوران ابتدایی زندگی شکل گرفته‌اند و بر رفتارهای فعلی افراد هم تأثیر می‌گذارند تمرکز دارد. (Nicol & et al., 2022). در طرحواره درمانی با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و الگوهای مقابله‌ای ناکارآمد دوران کودکی، همان طرحواره‌های ناسازگار دوران کودکی (که خود می‌تواند موجب ناامیدی و افکار خودکشی باشد)، فرصتی را برای ترمیم افکار منفی، و آزرایی از مشکلات به وجود آمده، منجر به افکار خودکشی را فراهم می‌آورد. این شیوه از درمان با تاکید بر سبک‌های مقابله‌ای

ناسازگار و تاکید بر سبک‌های مقابله‌ای صحیح و کارساز، فرصتی را به افراد دارای افکار خودکشی می‌دهد تا به باسازی مشکلات شناختی منجر به افکار خودکشی خود بپردازند. تاکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناپخته و آموزش سبک‌ها و الگوهای رفتاری صحیح منجر به این می‌شود که افراد جایگزین‌های بهتری به غیر از الگوهای آسیب‌زده خود و نیستی را انتخاب کنند. همچنین تکنیک‌های رفتاری که مراجع در جلسات درمان یاد می‌گیرند باعث می‌شود تا بیماران از طحوااره‌های ثابت و مستحکم خود فاصله گرفته و به جای آن که طحوااره‌ها را به عنوان یک حقیقت مسلم و غیر قابل تغییر در خصوص خود بدانند، آن را به صورت یک تفکر مزاحم و آسیب‌زننده شناخته و سعی در تغییر آن با الگوهای شناختی، هیجانی و رفتاری مناسب شوند. همچنین مراجعان یاد می‌گیرند که با زیر سوال بردن طحوااره‌ها ناسازگار که منجر به افکار خودکشی می‌شود، صدای سالمی را در ذهن خود پرورش داده و بدین ترتیب به توانمندسازی ذهنیت سالم خود بپردازند. همچنین در این رویکرد بیماران یاد می‌گیرند تا درستی طحوااره‌هایشان را تحلیل کرده و در نتیجه طحوااره‌ها را به عنوان یک حقیقت بیرونی پنداشته و در نتیجه این نوع نگاه می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و سبک‌های تفکر سالم در مقابل آن‌ها ایستاده و آن‌ها را تغییر دهند. در نهایت براساس نتایج، قابل بیان است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و طحوااره‌درمانی بر تنظیم شناختی‌هیجان و طحوااره‌های ناسازگار اولیه در زنان دارای افکار خودکشی تأثیر معناداری داشته و استفاده از این روش‌های درمانی می‌تواند زمینه‌ساز کاهش افکار خودکشی نیز گردد.

**سهام نویسندگان:** سارا فیض‌الهی: ایده‌پردازی در خصوص موضوع، راهنمایی جهت گردآوری اطلاعات و داده‌ها، تحلیل محتوا، ارسال و اصلاح مقاله؛ دکتر محمد نریمانی: طراحی چارچوب کلی، تحلیل محتوا و نویسنده مسئول؛ دکتر توکل موسی‌زاده: جمع‌آوری اطلاعات و تدوین محتوای اولیه. همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

**سپاسگزاری:** نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که در انجام این مقاله نقش داشته‌اند اعلام می‌دارند.

**تعارض منافع:** در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده‌است.

**منابع مالی:** این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

## References

- Abyar, Z., Bakhtiarpour, S., Naderi, N., & Hafez, F. (2018). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and mindfulness on the suicidal ideation of depressed women. *Womens Students*, 23(8), 1-23. [Persian] URL: [https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article\\_3149.html?lang=en](https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article_3149.html?lang=en)
- Arjmand Ghujur, K., & Eghbali, A. (2018). A comparing of two schema therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) attitudes effectiveness on early maladaptive schema in met amphetamine addicts. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 7(1), 151-178. [Persian] URL: <https://frooyesh.ir/article-1-232-en.html>
- Amiri, S. (2020). Prevalence of suicide in immigrants/refugees: A systematic review and meta-analyses. *Archives of Suicide Research*, 14, 364-374. DOI: [10.1080/13811118.2020.1802379](https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379)
- Ahi, Q., Mohammadfar, M. A., & Besharat, M. A. (2007). Reliability and validity of the young schema questionnaire-short form. *Psychology & Educational Science*, 37, 5-20. [Persian] URL:



<https://www.sid.ir/paper/55767/fa>

- Baranoff, J., Oei, T. P., Cho, S. H., & Kwon, S. M. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorders*, 93, 133-40. DOI: [10.1016/j.jad.2006.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.003)
- Cirenia, Q., Merida-Lopez, S. Rey, S., & Neto, F. (2020). Untangling the Emotional Intelligence-Suicidal Ideation Connection: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescents. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 16-31. URL: [10.3390/jcm9103116](https://doi.org/10.3390/jcm9103116)
- Daliri, S., Bazyar, J., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Sayehmiri, F. (2017). The incidence rates of suicide attempts and successful suicides in seven climatic conditions in Iran from 2001 to 2014: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 21(6), 1-15. [Persian]. URL: <https://sjku.muk.ac.ir/article-1-2818-en.html>
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78 (4), 43-52. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29874680/>
- Edwards, T. M., Patterson, J. E., & Griffith, J. L. (2021). Suicide prevention: The role of families and carers. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12453. URL: [10.1111/appy.12453](https://doi.org/10.1111/appy.12453)
- Fahlekar, A., Faal, M., Zahedzadeh, F., Amani, O., & Askari, M. (2020). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Regulation and Coping Strategies in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Jornal Child Mental Health*, 6(4), 253-265. [Persian] URL: [http://childmentalhealth.ir/browse.php?a\\_id=475&sid=1&slc\\_lang=en&ftxt=0](http://childmentalhealth.ir/browse.php?a_id=475&sid=1&slc_lang=en&ftxt=0)
- Falcone, T., & Timmons-Mitchell, J. (2019). *Mood Disorders and Suicide*. Suicide Prevention: A Practical Guide for the Practitioner. URL: [10.1007/978-3-319-74391-2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-74391-2)
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006) Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-Item version (CERQ-Short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabzadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *Int Arch Health Sci*, 7, 96-103. [Persian] DOI: [10.4103/iahs.iahs\\_21\\_20](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_21_20)
- Ghorbani, A., Moradi, O., Arefi, M., & Ahmadian, H. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive-Emotional Regulation, Resilience, and Self-control Strategies in Divorced Women. *Avicenna Journal of Neuropsychophysiology*, 6(4), 195-202. URL: <https://ajnp.umsa.ac.ir/article-1-196-en.html>
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer. *European Journal of Care*, 24(1), 15-27. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25100576/>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press. URL: <https://doi.org/10.1080/10758479908839626>



[contextualscience.org/publications/hayes\\_strosahl\\_wilson\\_1999](http://contextualscience.org/publications/hayes_strosahl_wilson_1999)

- Hasani, J. (2011). The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Military caring Sciences*, 9(20), 229-240. [Persian] URL: [https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a\\_id=207&sid=1&slc\\_lang=en](https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a_id=207&sid=1&slc_lang=en)
- Jacob, K. S. (2014). DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient– physician partnership. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, 89-91. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24524720/>
- Kanwal, S., Perveen, Z., & Sumbal, Y. (2019). Causes and severity of suicide in developed nations of East Asia. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(10), 1588-1592. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Kumar, U. (2019). *Suicidal Ideation in Adolescents—A Transcultural Analysis*. Handbook of Suicidal Behaviour, New York. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472054/>
- McIntyre, P. & Yena, L. (2020). Projected Increases in Suicide in Canada as a Consequence of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 104-113. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32460184/>
- McLaerty, M., Bunting, B., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., & O’Neill, S. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Child. Youth Serv Rev*, 116, 105212. URL: <https://pure.qub.ac.uk/en/publications/the-mediating-role>
- Mohammadi, Y., Sorbi, M. H., Faregh, M., & Giahi Yazdi, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perfectionism and Sense of Shame in Students. *International Journal of Psychology*, 14(1), 9-30. [Persian]. URL: <https://ijpb.ir/article-1-306-fa.html>
- Nicol, A., Kavanagh, P. S., Murray, K., & Mak, A. S. (2022). Emotion regulation as a mediator between early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury in youth. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(3), 161-170. URL: <https://researchprofiles.canberra.edu.au/en/publications/emotion-regulation-as-a-mediator-between-early-maladaptive-schema>
- Peterson, C., Sussell, A., Li, M., Pamela K., Yeoman, K., Deborah, M. (2020). Suicide Rates by Industry and Occupation-National Violent Death Reporting System. *Weekly*, 69(3), 57–62. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31971929/>
- Pikington, P.D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 569-584. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33270299/>
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M., & Kraai, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 218-224. URL: [10.1016/j.paid.2016.04.022](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.022)
- Sun, R., Ren, Y., Li, X., Jiang, Y., & Liu, Y. J. (2020). Self-compassion and family cohesion moderate the association between suicide ideation and suicide attempts in Chinese adolescents. *Journal of Adolescence*, 79, 103-111. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.adolescence.2019.12.010>





- Taghipuor, B., Tousi, M., & Abdi, F. (2022). The Effectiveness of Reality Therapy on Worry and Rumination in the Mothers of Children with Intellectual Disability. *Journal Woman and Culture, 13*(52), 71-84. [Persian]. URL: <https://sanad.iau.ir/en/Article/653760>
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., & Christensen, H. (2018). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in reducing suicide ideation and deliberate self-harm; A Systematic Review.. *JMIR Mental Health, 5*(2), 54-62. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29941419/>
- Young, J. S., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press. URL: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q)
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M., & Hayes, S. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Psychotherapy Integration, 25*(3), 175-182. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29375451/>

