اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ – ۱۸ سال مشهد

عاطفه قوتی[۱]، جعفر طالبیان شریف[۲]، مسعودآهوان[۳]،

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی دختران بین ۱۴ تا ۱۸ سال مراجعه کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشهد انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع پژوهش نیمه آزمایشی بوده که در آن از طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. به منظور اجرای پژوهش، پس از هماهنگی های لازم با مرکز مشاوره، ابتدا جلسه ای جهت آشناسازی و جلب مشارکت دختران دانش آموز شامل رفتارهای آسیب به خود برگزار گردید. سپس پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ، افکار خودکشی بک، خودآسیب زنی بر روی آنها اجرا شد و ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. به این ترتیب، طرحواره درمانی در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه گروهی اجرا شد و پس از اتمام جلسات، مجددا پرسشنامه های یادشده، توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد.پردازش داده های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره برای گروه ها انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که روش آموزش گروهی طرحواره درمانی، برکاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی تاثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش گروهی طرحواره درمانی، به واسطه تاثیرات ناشی از تکنیک های شناختی منجر به کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی شده است که به این اعتبار میانگین نمرات خودکشی و خودزنی گروه آزمایش کاهش پیدا کرده است.

کلید واژه‌ها: خودزنی، خودکشی، طرحواره درمانی

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، موسسه آموزشی عالی حکمت رضوی (نویسنده مسئول)

[۲] استادیار، روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

[۳] دانشجوی دکتری تخصصی، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

مقدمه

بهداشت روانی دانش آموزان در سال های اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است(کلیتر [1] و همکاران،۲۰۱۰). نوجوانی مرحله ای انتقالی در زندگی محسوب می شود. این دوره با تغییرات روان شناختی و جسمانی و افزایش تمرکز بر بدن همراه است. در این دوره، نوع جدیدی از خودمحوری ایجاد می شود و آن ها تصور می کنند ظاهر و رفتارشان مرکز توجه دیگران است (مک آنیف زیدا، وکسیلیکا، ۲۰۰۱) [2] . همچنین در بعضی فرهنگ ها در نتیجه پیغام های منفی اطرافیان، دختران تشویق می شوند که به ظاهر خود توجه کنند(فاوازا، ۱۹۹۸) [3]. این تصور که آنها کانون توجه دیگران هستند، فشار عاطفی زیادی به نوجوانان وارد می کند که در نتیجه آن برای حفاظت (خود) شکننده خود از ساز و کارهای فراوانی استفاده می کنند. یکی از این ساز و کارها رفتارهایی نظیر جراحی های زیبایی، سوراخ کردن قسمت های مختلف بدن (سوراخ کردن قسمت های خارجی گوش، بینی،شکن و...) و تاتو است(فاوزا،۱۹۹۸). بسیاری از محققان بر تداوم این رفتارها در سال های بعدی زندگی تاکید کرده اند(پی ویو و مککو لو، ۲۰۰۴). رفتارهای خودآسیبی پدیده تازه ای نبوده و از سال ۱۸۸۰ مورد توجه محققان قرار گرفته است. منینگر (نقل از مدج [4] و همکاران، ۲۰۰۸) نخستین کسی بود که رفتارهای خودآسیبی را از رفتارهای منتهی به خودکشی متمایز کرد.اگرچه خودکشی حدنهایی رفتار خود آسیب رسان است، اما اصطلاح رفتارهای خودآسیب رسان برای رفتارهای غیرکشنده به کار گرفته می شود(جنیفر و همکاران،۲۰۰۸). البته بسیاری از محققان، سایر رفتارهایی که در طولانی مدت و به طور غیر مستقیم نیز باعث آسیب به خود می شوند، نظیر سوء مصرف دارو، مصرف فراوان الکل و رژیم غذایی سخت را از جمله رفتارهای خود آسیب رسان ذکر کرده اند (دلو و هولر، ۲۰۰۴) [5].

خود آسیب رسانی، خود ویرانگری موضعی و آگاهانه ای است که ناشی از ناتوانی در سازگاری با تکانه های پرخاشگرانه درون فکنی شده فرد، برای تنبیه خود یا دیگری است. این عمل اغلب با ظرافت و با وسایل برنده مانند تیغ، چاقو، کارد، شیشه و آینه بر روی مچ دست، پاها، بازوان و ران و گردن انجام می گیرد (کاپلان و سادوک [6]، ۲۰۱۳). به عبارت دیگر، رفتار خود آسیب رسان به عنوان تخریب یا تغییر عمدی بافت های بدن که منجر به آسیب به بافت ها می شود، تعریف شده است (وینچل و استانلی [7]، ۱۹۹۱). این اصطلاح شامل رفتار های رفتار خود آسیب رسان و بسیاری از اشکال غیر مستقیم آسیب به بدن است (کلیس و وندریچن [8]، ۲۰۰۷).

نوجوانی [9] یکی از حساس ترین دوران سنی زندگی هر فرد است، سال های بین ۱۱ تا ۱۵ سال که به طور معمول در مدارس راهنمایی و دبیرستان ها سپری می شود. سال هایی که عموما در سیستم آموزشی ما با حفظ کردن مفاهیم علمی و درسی و استرس امتحانات سپری می شود. در این سن، دختران در برابر مسائل اجتماعی با توجه به روحیه ذاتیشان بسیار آسیب پذیر هستند. آسیب هایی که ممکن است بر اثر فشارهای روحی ناشی از اجتماع و فضای پیرامون آن ها تاثیرات وحشتناکی بر آن ها بگذارد و اطرافیان حتی متوجه آن هم نشوند. تازه ترین هنجار شکنی نوجوانان که به یمن شبکه های مجازی خیلی زود رسانه ای شد، پدیده ای است که بین نوجوانان با اصطلاح خون بازی رایج است و جامعه از آن به عنوان خودزنی [10] یاد می کند. راه های خودزنی آدم ها متعدد است.خودزنی که با عنوان آسیب به خود هم شناخته می شود، یک مکانیسم مقابله ای است که توسط شمار زیادی از آدم ها انجام می شود. خودزنی نه تنها شامل با چاقو بریدن های کلیشه ای و مرسوم می شود بلکه از آن هم فراتر می رود و به هر عملی اطلاق می شود که شخص می تواند برای آسیب زدن عمدی به خود از آن استفاده کند. بیشتر راه های آسیب به خود بازوها، دست ها و مچ های افراد را درگیر می کند اما دیگر بخش های بدن مثل ران ها و شکم نیز معمولا به عنوان جاهایی برای خودزنی گزارش شده اند (تریسی [11]، ۲۰۱۶). یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، خودزنی است که به صورت تکرارشونده با استفاده از اجسام برنده مثل تیغ، در نواحی قابل دسترس بیمار مانند ساعد و بازو رخ می دهد. اطلاعات اخیر نشان می دهد ۸۰ درصد بیماران بستری با تشخیص اختلال شخصیت مرزی سابقه خودزنی دارند.

رفتارهای خودآزاری به صورت خودزنی، خودسوزی، تنبیه خود و مصرف بیش از حد مواد در دوره نوجوانی در جمعیت های غیربالینی، بالینی و بزهکار به نسبت شایع است و ممکن است پیامدهای مهلکی مانند خودکشی و مرگ را به همراه داشته باشد. سازمان بهداشت جهانی در

---

1 Cloutier
2 Mac Aniffzia & Kiselica
3 Favazza
4 Madge
5 Delo & Holler
6 Kaplan & Sadock
7 Winchel & Stanley
8 Claes & Vandereycken
9 Adolescence
10 Sel - injury
11 Tracy

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

سال ۱۹۹۲، خودآزاری را به صورت انجام عملی غیرکشنده یا بیش مصرف مواد قانونی یا غیرقانونی تعریف کرده است که در آن فرد به صورت آگاهانه، بدون مداخله دیگران و به صورت غیرعادتی این رفتارها را انجام داده و موجب آسیب به خود می شود(والش [12] ،۲۰۱۲). خودآزاری به صورت قابل توجهی در دوره سنی نوجوانی از سایر دوره های سنی شایع تر است. یافته های همه گیرشناسی شیوع طول عمر انواع رفتارهای خودآزاری مستقیم را در دوره بزرگسالی در جمعیت بهنجار ۶ درصد (کلونسکی [13] ، ۲۰۱۱) و در دوران نوجوانی نزدیک به ۱۴ درصد برآورد کرده اند(راس [14] ،۲۰۰۲). همچنین بیشترین مراجعه کنندگان با شکایت از نظر محققین مهم ترین علل برای این تفاوت، افزایش واکنش دهی هیجانی در دوره نوجوانی، فقدان مهارت های مقابله ای کارآمد و اختلال در مهارت های تنظیم هیجانی برشمرده شده است(ترپ [15] ،۲۰۰۲). هرچند رفتارهای خودآزاری از بدو تاریخ همراه انسان ها بوده است، اما در دهه های اخیر بنا به گزارش های پژوهشی مختلف فراوانی این رفتار در نوجوانان افزایش بیشتری یافته است و به نحوی میتوان از آن باعنوان نوعی آسیب نوظهور در نوجوانی یاد کرد. بسیاری از پژوهشگران خودآزاری براین عقیده هستند که خودآزاری همانند هیستری در قرن ۱۹ و اختلالات خودزن در اواسط قرن ۲۰ اختلال نوظهوری می باشد و شرایط زمانه به گونه ای است که این اختلال به عنوان آسیب روانی شایعی در بسیاری از افراد جوان و نوجوان در آمده است(ناک [16] ، ۲۰۰۹).

یکی از مواردی که همراه با رفتار خودزنی در این دسته از دختران دیده شده است، خودکشی می باشد؛ خودکشی دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال در سطح جهان و همواره یکی از نگرانی های عمده بهداشت عمومی است، پیشگیری از خودکشی به عنوان بخش جدایی ناپذیر از اولین برنامه روان درمانی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۳ است که به موجب آن نرخ خودکشی در کشورها به میزان ۱۰ درصد تا سال ۲۰۲۰ هدف گزاری شد. بسیاری از افراد که به جرح خویش مبادرت می کنند، فعالیت های خود تخریب گرانه شامل مصرف الکل، سوء مصرف مواد، بزهکاری، روابط جنسی ناسالم، وقت گذرانی غیر مسئولانه، رانندگی، بی احتیاطی و سایر اشکال جرح خویشتن. البته تهدید و اقدام به خودکشی نیز در بین آنان شایع است. به نظر می رسد مانند افراد دارای اختلال شخصیت مرزی که دست به اعمال خود تخریب گرانه می زنند، این کار را برای برخورد با احساس مزمن پوچی، ملال و گم گشتگی هویتشان انجام می دهند. چون احساس (خود) در این افراد بسیار ضعیف بنا نهاده شده و تحریف شده است، لذا غالبا در چستجوی کسب هویت برای خویشتن، به کمک دیگران هستند، اما رفتاراجتماعی آنها هم اغلب همانند خودانگاره و خلقشان مغشوش و تکانشی است. خودکشی در تمام گروه های سنی وجود دارد؛ اما فراوانی آن بین جوانان به ویژه سربازان، به خاطر شرایط خاص آنان بیشتر است(فنحی آشتیانی و همکاران،۲۰۰۶). خودکشی پدیده ای متحدالشکل نیست، بلکه می توان آن را در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر گرفت(فراهی و همکاران،۲۰۰۹). میزان خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر، اما در مقایسه با بیش تر کشورهای خاورمیانه بالاتر است(پناقی و همکاران،۲۰۰۳). در تحقیقات، عوامل متعددی از جمله سن، جنس، نژاد، مذهب، تاهل، شغل، بیماری های روان پزشکی، بیماری های جسمی، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیتی به عنوان ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی مورد توجه قرار گرفته اند(کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷).درمنابع مختلف، متداول ترین عوامل خطرانگیز برای خودکشی عبارتند از اختلالات روانی و اقدام به خودکشی قبلی. اختلال های افسردگی ۸۰٪ از ۹۵٪ اختلال های روانی قابل تشخیص در مرتکب شوندگان یا اقدام کنندگان خودکشی را شامل می شوند(فراهی و همکاران،۲۰۰۹).

میزان شیوع افکار و اعمال خودکشی، به جنسیت بستگی دارد. به طور متوسط، دختران نوجوان ۱/۷ برابر بیشتر از پسرها احتمال دارد که افکار خودکشی یا برنامه های خودکشی داشته باشند و ۳ برابر بیشتر از پسرها احتمال دارد که اقدام به خودکشی کنند (ناک و همکاران، ۲۰۱۳). پسرها ۳ تا ۴ برابر بیشتر از دخترها احتمال دارد که در اثر خودکشی بمیرند، احتمالا به این علت که پسرها راهکارهای مهلک تری را انتخاب می کنند (کارتین و همکاران، ۲۰۱۶). برای مثال، پسرها (۴۵٪) بیشتر از دخترها (۲۱٪) احتمال دارد که از اسلحه گرم استفاده کنند، در حالی که دخترها (۱۱٪) بیشتر از پسرها (۳٪) احتمال دارد که از سم یا داروی تجویزی استفاده کنند (کراچ، لوگان، مک دانیل، فلوید، و واگی،۲۰۱۳).

جالب است نوجوانان مورد پژوهش ما که اقدام به رفتارهای خودزنی و خودکشی داشته، مانند بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تقریبا همیشه به نظر می رسد در بحران به سر می برند. چرخش های سریع خلق در این ها شایع است، یک لحظه ممکن است نزاع طلب باشند، لحظه ای افسرده و لحظه ای دیگر شاکی از این که هیچ احساسی ندارند. باتوجه به نتایج مصاحبه بالینی و پرسشنامه های گرفته شده خصوصا

12 Walsh
13 Klonsky
14 Ross
15 Turp
16 Nock MK

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

پرسشنامه سانسون (SHI)، در صورتی که این دختران بالای ۱۸ سال باشند، می توان تشخیص اختلال شخصیت مرزی را داد. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۱۷] در مرز روان نژندی و روان پزشکی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلقی، رفتار، روابط آبژه ای و خودانگاره آنهاست. این اختلال را به نامهای اسکیزوفرنی موقت [۱۸] ، شخصیت انگار [۱۹]، اسکیزوفرنی شبه نوروتیک و اختلال منش سایکوتیک نیز خوانده اند. تاکنون هیچ مطالعه ای نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد. اما به نظر می رسد ۱-۲ درصد از جمعیت وجود داشته باشد و در زنها دو برابر مردها شایع است. شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مربوط به مصرف الکل و سوء مصرف مواد در بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی است.

ملاک های تشخیص به صورت بی ثباتی در روابط مرزی، خود انگاره [۲۰] و حالت عاطفی و نیز آشکارا تکانشی بودن، به صورت الگویی نافذ و فراگیر از اوایل بزرگسالی شروع شده باشد و در زمینه های مختلف به چشم آید، که علامتش وجود حداقل ۵ مورد از علائم زیر است :۱- انجام تلاشهای مضطربانه توام با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا تصوری. شامل رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی نمی شود. ۲- بی ثبات و شدید بودن روابط بین فردی به صورت الگویی که مشخصه اش تناوب میان دوقطب افراطی است.آرمان نهایی و بی ارزش نمایی ۳- اختلال و اشکال در هویت؛ بی ثبات بودن، واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش ۴- تکانشی بودن لااقل در دوتا از حوزه هایی که بالقوه به فرد صدمه می زنند. مثلا خرج کردن پول، روابط جنسی، سوء مصرف مواد، بی ملاحظه رانندگی کردن، شکمبارگی که شامل رفتارهای خودزنی و خودکشی نمی شود. **۵- رفتار، ژست یا تهدید به خودکشی به صورت مکرر یا رفتارهای خودزنی های مکرر** ۶- بی ثباتی در حالت عاطفی به صورت واکنش پذیری آشکار خلق مثل ملال، تحریک پذیری، اضطراب شدید و حمله ای که چند ساعتی طول بکشد ۷- احساس پوچی مزمن ۸- نامتناسب بودن و شدید بودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم مثلا تند خود شدنهای پیاپی، نزاع کردن های مکرر و خشمگین بودن دائمی ۹- بروز افکار بدگمانانه (پارانوئید) یا علائم شدید تجزیه ای به صورت گذرا و در مواقع فشار روانی و استرس. باتوجه به اینکه رفتارهای خودآسیب رسان مانند خودکشی و خودزنی را می توان در گروه اختلال شخصیت مرزی قرار داد و همچنین طبق مصاحبه بالینی صورت گرفته اگر این دانش آموزان بالای ۱۸ سال قرار داشتند باتوجه به شرایطی که دارند می توان تشخیص اختلال شخصیت مرزی را داد. باتوجه به ارتباط خودزنی با اختلال شخصیت کلاستر B و همچنین تکانشگری بودن این شخصیت، می توان از طرحواره درمانی برای کاهش این رفتارها استفاده کرد و امیدواریم با اجرای این طرح درمانی بتوانیم رفتارهای آسیب به خود را در این افراد کاهش بدهیم تا بتوانیم از تشخیص اختلال شخصیت مرزی در مقاطع دیگر زندگی این افراد خودداری کنیم.

کلمه طرحواره درمانی در حوزه های پژوهشی مختلفی به کار برده شده است.طرحواره به طور کلی به عنوان ساختار،قالب یا چهارچوب تعریف می شود.واژه طرحواره در روانشناسی و به طور گسترده تر در حوزه شناختی، تاریخچه ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند.علاوه بر این،ادراک از طریق طرحواره واسطه مندی می شود و پاسخ های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می کند.به عبارت دیگر طرح کلی از عناصر برجسته یک واقعه را طرحواره می گویند.ویژگی مهم طرحواره ها از نظر یانگ این است که الگوها یا درونمایه های عمیق و فراگیری هستند، از خاطرات، هیجان ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند،در سیر زندگی تداوم دارند،درباره خود و رابطه با دیگران هستند و در عین حال به شدت ناکارآمدند.بنابراین رفتارها از طرحواره ها نشات می گیرند ولی بخشی از طرحواره ها محسوب نمی شوند.هدف طرحواره درمانی بهبود در طرحواره هاست.(یانگ و همکاران،۲۰۰۳). طرحواره های ناسازگار اولیه،الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات،هیجان ها،احساس های بدنی و شناخت واژه ها تشکیل شده اند و با جنبه های مخرب تجارب دوران کودکی افراد گره خورده اند و به شیوه ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهایی تکرار می شوند.(یانگ(۲۰۱۵)؛ نظری و همکاران،۱۳۹۶).طرحواره های ناسازگار اولیه،مفهوم کلیدی طرحواره درمانی است(سمپرتگوی،کارمن،آرنتز و بکر [۲۱] ،۲۰۱۳).طرحواره های ناسازگار اولیه به عقاید منفی درباره خود،دیگران و جهان اشاره دارد که ممکن است در طی اولین سال های زندگی بوجود بیاید(ویرجیل زیگلز- بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیب رسان دختران نوجوان می تواند راهکاری ارائه دهد که در آینده شاهد کاهش آسیب های اجتماعی این گروه در اجتماع باشیم. همچنین، نتایج حاصل از این تحقیق می تواند به منظور برنامه ریزی در جهت

---

17 Borderline personality disorder
18 ambulatory
19 As – if personality
20 Self - image
21 Sempertegui,G.A.,Karreman,A.,Arntz,A.,Bekker,M.H.J.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

پیشگیری و کاهش رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان و کاهش افکار خودکشی و افزایش سلامت روان دختران خود آسیب رسان به کار گرفته شود. بدون شک در صورت تأیید نتایج و به کارگیری نتایج تحقیق در قالب کارگاههای آموزشی برای این جمعیت خاص، از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه های مادی و انسانی تحمیل شده به مراجع و نهادهـای ذی نفـع صرفه جویی خواهد شد. بنابراین در این پژوهش سعی گردیده است تا اثر بخشی رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش افکار خودکشی و رفتارهـای خود آسیب رسان در دانش آموزان دختر مورد بررسی قرار داده شود.(هیل،گرین،آرناو،سیسمور و مـایرز [۲۲] ،۲۰۱۱). بـا وجـود روزافـزون آمـار خودکشی و خودزنی در کشورمان، متاسفانه پژوهش داخلی در زمینه کارآیی درمان استاندارد (طرحواره درمانی) در پیشـگیری از خودکشـی و خودزنی افراد وجود ندارد. باتوجه به کمبود پژوهش های داخلی در زمینه مداخلات استاندارد مرتبط با خودکشی و خودزنی در میـان دختـران و باتوجه به اهمیت حمایت مناسب از قشر آسیب پذیر و عاطفی جامعه یعنی دختران و بهبود روابط آنان، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشـی درمان طرحواره محور گروهی بر مولفه های مرتبط با خودکشی و خودزنی در میان دختران مذکور است، انجام شد.آمار بالای اقدام به خودکشی و آسیب های فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی آن ضرورت و اهمیت اجرای این پژوهش را بیشتر آشکار می سازد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی می باشد که در آن طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده اسـت. بـه طور کلی در ساختار این گونه طرح ها از دو گروه استفاده می شود که هر کدام دوبار و از طریق پیش آزمون و پس آزمون مورد مشاهده قرار می گیرند(هومن،۱۳۸۹).پژوهشگر برای تشکیل گروه ها افراد را از طریق نمونه گیری تصادفی در دو گروه معادل، یکـی بـه عنـوان گـروه کنتـرل و دیگری به عنوان گروه آزمایش تقسیم کرده است. نمودار طرح به قرار زیر است: جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر رده سـنی ۱۴ -۱۸ سال شهر مشهد که دارای رفتار خودزنی و یا خودکشی هستند و نمونه مورد مطالعه شامل دانش آموزان دارای ویژگی فوق که به مرکـز مشـاوره آموزش و پرورش مشهد مراجعه کردند، می باشد. روش نمونه گیری از نوع در دسترس می باشد.بدین صورت که دانش آموزانی که در دامنه سنی فوق قرار دارند و به علت انجام رفتارهای یادشده به مرکز مشاوره ناحیه ۵ ارجاع داده شده اند پس از ارزیابی مصاحبه بالینی روانشـناس مرکـز و سپس انجام تست،تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه که هر گروه ۱۵ نفر است،جایگزین می شوند.

به منظور اجرای پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی های لازم با مسئول فنی و مدیر مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشهد انجـام شـد و رضـایت ایشان برای اجرای طرح پژوهشی جلب گردید.سپس طی جلسه ای هدف از اجرای طرح با مسئولین مرکز مطرح شد و چگونگی اجرای آن شـرح داده شد و سپس از افرادی که ویژگی های ورود به پژوهش را داشتند و به مرکز مشاوره ارجاع داده شده بودند، مصـاحبه بـالینی گرفتـه شـد. از افراد آزمون های فرم کوتاه طرحواره یانگ، افکار خودکشی بک و خودآسیب زنی SHI گرفته شد و ۳۰ نفـر انتخـاب کـردیم. سـپس بـه صـورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به گروه آزمایش ۱۰ جلسه طرحواره درمانی به شیوه گروهی و هر جلسه ۹۰ دقیقه و هفته ای یکبار ارائه گردید. لازم به ذکر است که افراد گروه کنترل در طی این مدت در لیست انتظار قـرار خواهنـد گرفـت؛ پـس از پایـان ۱۰ جلسه طرحواره درمانی گروهی، آزمودنی های هردو گروه در مرحله پس آزمون مجددا تحت بررسی پرسشنامه ها و مصاحبه بالینی قرار خواهنـد گرفت.

ابزارهای مورد استفاده به شرح زیر بودند:

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF)

هر پنج سوال این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره و سوال ها بر روی طیف ۶ درجه ای لیکرت(کاملا غلط تا کـاملا درسـت) تنظـیم شـده است.اگر فرد در ۲ جمله نمره ۵ یا ۶ بگیرد، به احتمال زیاد آن طرحواره در ذهنش نقش بسته است.با پر کردن این پرسشنامه توسـط آزمـودنی ها،بیش ترین طرحواره های ناسازگار اولیه شناسایی و با کمک تکنیک های این رویکرد در راستای تغییـر و اصـلاح آن اقـدام خواهـد شـد.اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی های روانسنجی این طرحواره ها را اسـمیت،جونز،یانگ و تلـچ(۱۹۹۵، بـه نقـل از یانـگ وهمکـاران،۱۳۹۱) انجـام دادند.ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس های این پرسشنامه بـین ۰/۵۰ تـا ۰/۸۰ بـه دسـت آمـد.این پرسشـنامه را آهی(۱۳۸۵،به نقل از یوسف نژاد،شیروانی،پیوسته گر،۱۳۹۰) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونبـاخ در گـروه زنان۰/۹۷ و در گروه مردان۰/۹۸ گزارش کرده است.

[22] Virgil Zeigler-Hill,Green,Arnau,Sisemore,& Myers

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

بعد از انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آن ها،گروه آزمایش، طرحواره درمانی را به صورت گروهی، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای،هفته ای یک جلسه دریافت می کنند.خلاصه ای از طرح درمان جلسات مشاوره گروهی در زیر آمده است.

جدول(۱) - خلاصه طرح جلسات طرحواره درمانی بصورت گروهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه،اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی صورتبندی شد.
جلسه دوم	شواهد عینی تاییدکننده یا رد کننده طرحواره براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
جلسه سوم	تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای آموزش داده شد.
جلسه چهارم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد،نیازهای هیجانی ارضانشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.
جلسه پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
جلسه ششم	تکنیک های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویایی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد.
جلسه هفتم	رابطه درمانی،رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد.
جلسه هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.
جلسه نهم	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.
جلسه دهم	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد.

پرسشنامه افکارخودکشی بک [۲۳]

پرسشنامه ای خودسنجی است که دارای ۲۲ مولفه بوده و در ویراست زبان انگلیسی این آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و۰/۸۵ به ترتیب برای بیماران بستری و سرپایی گزارش شده است و این حاکی از همسانی درونی بالای این مقیاس است.ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته در یک گروه ۶۰ نفره بیمار بزرگسال بستری۰/۵۴ گزارش شده است.پایین بودن میزان این ضریب حاکی از کاهش قابل ملاحظه افکار خودکشی در این نمونه به دلیل درمان انجام شده است.

پرسشنامه خود آسیب زنی SHI

نسخه اولیه این پرسشنامه یک ابزار ۴۱ آیتمی است که انواع رفتارهای خودتخریبی را مورد بررسی قرار می دهد.شیوه درجه بندی نمرات به صورت بله و خیر بوده و به پاسخ های بله نمره یک داده می شود و نمره کل نیز از جمع این نمرات حاصل می شود.مطالعات نشان داده اند که این پرسشنامه از اعتبار افتراقی و سازه خوبی برخوردار است.در مطالعه حاضر از نسخه تجدید نظرشده این پرسشنامه که دارای ۲۲ گویه است استفاده شد که این نسخه نیز به زبان های مختلف ترجمه شده و ویژگی های روانسنجی آن مورد تایید قرار گرفته است.در مطالعه حاضر،این ابزار ابتدا توسط دو روانشناس دارای درجه دکتری به فارسی ترجمه شده و سپس توسط یک روانشناس بالینی دیگر به انگلیسی بازترجمه شد و برخی اصلاحات در آن ایجاد شد.آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در این مطالعه ۰,۷۶ به دست آمد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش از ۱۴ تا ۱۸ سال بود، میانگین سنی گروه آزمایش ۱۵,۶۶ و انحراف معیار ۱,۰۴ و میانگین سنی گروه کنترل ۱۵,۲۲ و انحراف معیار ۱,۰۰ سال بود. در مرحله پس آزمون، میانگین نمرات کلی خودزنی و خودکشی در گروه آزمایش کاهش

[23] Beck Scale for Suicide Ideation

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

یافت و بعد از کنترل اثر نمرات پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمرات کلی خودزنی و خودکشی تفاوت معناداری مشاهده شد ($R<0.05$). به این صورت که اندازه اثر آموزش طرحواره درمانی بر کاهش خودزنی و خودکشی بود (جدول ۲).

جدول (۲): میانگین آماری نمرات کلی خودزنی و خودکشی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	خطای استاندارد
آزمایش	خودزنی	۱۵	۱,۱۳	۰,۷۲
	خودکشی		۱۳,۹۳	۰,۵۳
کنترل	خودزنی	۱۵	۱,۸۶	۰,۶۸
	خودکشی		۲۳,۲۵	۰,۵۱

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی در دانش آموزان دختر ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد بوده است. نتایج نشان داد که این نوع درمان منجر به کاهش معنادار رفتارهای خودزنی و خودکشی در افراد گروه آزمایش شده است. با مرور پیشینه پژوهش، تحقیقی که به اثر بخشی طرحواره درمانی به رفتار خودزنی و خودکشی باشد یافت نشد، لذا در تبیین نتایج سعی شد تا به نزدیک ترین تحقیقات مرتبط با پژوهش حاضر اشاره شود.نتایج به دست آمده از فرضیه مذکور با نتایج تحقیقات دیگر مطابقت و همخوانی دارد. باتوجه به پرسشنامه SHI (سانسون) که از آزمودنی ها گرفته شد، با توجه به نتایج حاصل از تست در صورتی که سن افراد بالای ۱۸ سال باشد، تشخیص اختلال شخصیت را می توان داد. باتوجه به ارتباط خودزنی و خودکشی با اختلال شخصیت کلاستر B و همچنین تکانشگری بودن این شخصیت ها، طرحواره درمانی درمان رایج و مناسبی برای این دسته از افراد است(همسو با نتایج آوخ کیسمی و همکاران، ۱۳۹۲).اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خود ویرانگر عواطف است، مشخصه اصلی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی است (لینهان، ۱۹۹۳)؛ این مطلب همسو با نتایج این پژوهش است که بی ثباتی هیجانی و مشکل در تنظیم هیجان در افراد خودکش و خودزن دیده می شود. افراد درگیر با خودزنی و خودکشی هم مانند این افراد به نظر می رسد تقریبا همیشه اوقات در یک حالت بحران به سر می برند، نوسانات خلقی در آن ها بسیار شایع است. ماهیت دردناک زندگی این بیماران در رفتارهای خود – ویرانگر تکراری آنان منعکس می شود؛ از جمله افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ممکن است به خودزنی و آسیب رساندن به خود اقدام کنند و از این طریق بتوانند کمک دیگران را جلب کنند. رفتار و افکارخودکشی گرای نوجوان، احساسات منفی ونا امیدی وازدست دادن کنترل خود است. احساس گناه شدید، احساس تنهایی وبی کسی وبی پناهی ،فقدان حمایت از نوجوان، ناتوانی درکنترل فشارهای وارده ، ناتوانی درکنترل احساسات ورشدنیافتگی وعدم آمادگی برای مقابله بامشکلات پیش روی نوجوان مهمترین دلایلی است که ممکن است اورابه فکر یاعمل خود کشی وادارمی سازد.

یکی از مداخلات سودمند، طرحواره درمانی است که توسط یانگ(۲۰۰۳) مطرح شده است. اگرچه در ابتدا هدف اصلی طرحواره درمانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت بودند، اما به تدریج تکنیکهای این مدل درمانی برای بسیاری از مشاهدات دیگر نیز به کار گرفته شد. در زمینه اثربخشی و کارآیی این تکنیکها، پژوهشهایی نیز صورت گرفته است. (یانگ، ۲۰۰۷). وی مدلی را در مورد رفتارهای این افراد ارائه کرده است که به ویژه در فهم ذهنیت های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است.یانگ (۱۹۹۹) این فرض را مطرح ساخت که برخی از طرحواره ها، به ویژه طرح واره هایی که در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می گیرند، ممکن است هسته مرکزی رفتارهای خودزنی و خودکشی، مشکل های خصیصه ای خفیف تر و بسیاری از اختلال های دیرپای محور یک را تشکیل دهند و یا حتی منجر به ایجاد اختلال های شخصیت در سنین بالای ۱۸ سال شوند. وی این زیرمجموعه از طرح واره ها را طرح واره های ناسازگار اولیه نام گذاری کرد (حمیدپور،۲۰۰۰)

این رویکرد درمانی برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تاکید می کنند، بر الگوهای خودویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. یانگ ۱۸ طرح واره ناسازگار اولیه و مکانیسم های مقابله ای ناسازگار را که به طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می شوند. در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد درارضای

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

نیازهای بنیادین خود می گردد را معرفی کرده است. آرنتز و همکاران (۲۰۰۵) [۲۴] در زمینه درمان تجربی ذهنیت طرحواره در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پژوهشی انجام داده اند که نتایج آنها نیز بیانگر موثر بودن این روش درمان در این گروه از بیماران بوده است.هاوک (۲۰۱۱) [۲۵] معتقد است طرحواره درمانی می تواند به طور موفقیت آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت موثر واقع شود. همچنین هاوک و پرونچر(۲۰۱۱) [۲۶] نشان دادند که طرح واره درمانی گروهی به نظر می رسد در بهبودی و کاهش نشانه ها سریع تر از طرح واره درمانی فردی است. مهدوی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف تعیین فراوانی خودزنی و رابطه آن با اختلال شخصیت در سربازان؛ فراوانی خودزنی در افراد بیمار را ۶۳,۳٪ در افراد سالم (گروه شاهد) ۶,۷ ٪ گزارش کردند. در بین سربازان گروه بیمار با سابقه خودزنی، ۷۸,۹ ٪ صفات یا اختلال شخصیت کلاستر B داشتند که نشان دهنده ارتباط معنی دار بین آن دو بود.در مطالعه ای که فارسی و همکارانش (۲۰۱۲) بر روی ۳۰۱ نفر از سربازان ارتش در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶ انجام دادند؛ به بررسی ارتباط بین افسردگی با سابقه خودزنی پرداختند. این مطالعه نشان داد که بین خودزنی و افسردگی ارتباط معنی داری وجود ندارد.فراوانی خودزنی در این مطالعه ۵٪ به دست آمد. در مطالعه ای که توسط کلونوسکی [۲۷] و همکاران (۲۰۰۳) بر روی ۱۹۸۶ نفر از سربازان تازه استخدام نیروی هوایی آمریکا انجام شد و(۶۲ ٪ مرد بودند) افراد دارای سابقه و بدون سابقه خودزنی از نظر شخصیت روانشناسی مورد مقایسه گرفتند. در حدود ۴ ٪ از شرکت کنندگان سابقه خودزنی گزارش کردند که این افراد در مقایسه با شرکت کنندگان بدون سابقه خودزنی دارای علائم اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت اجتنابی (دوری گزین) بودند و علایم اضطراب و افسردگی را بیشتر از خودشان دارند. این مطالعه بیان کرد، افرادی که مبادرت به خودزنی می کنند، بیشتر از سایرین دارای اختلال شخصیت هستند.

حسینی و همکارانش (۲۰۰۸) مطالعه ای بر روی ۱۵۰ نفر از کارکنان بیمار بستری و مراجعین سرپایی نظامی که خودزنی کرده و به یک بیمارستان روان پزشکی نظامی مراجعه کرده بودند، انجام دادند. آن ها دریافتند که بیشتر بیماران خودزن، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۷۴٪) و سپس اختلال شخصیتی ضداجتماعی (۸٪) بودند. همچنین بیشتر بیماران خودزن دارای علائم خودزنی قبلی (۸۵,۱٪) بودند.آنها نتیجه گیری کردند بیشتر این بیماران که دارای سابقه خودزنی بودند، از نظر احتمال انجام خودزنی قابل پیش بینی هستند و پیشنهاد دادند که آموزش کادر نظامی در پادگان ها در راستای برخورد و تشخیص بیماری و بالا بردن سطح آگاهی فرماندهان و همچنین از میان برداشتن موانع قانونی و حقوقی که سد راه درمان این بیماران است، راهکاری مناسب جهت تشخیص زودتر این اختلال و بروز کمتر و خفیف تر آن است. کورن بلام [۲۸] و همکارانش در مطالعه طولی نوجوانان تورنتو ملاک های DSM را جهت سنجش و ارزیابی ۷۲ شرکت کننده از یک نمونه مبتنی بر جامعه در ۱۳،۱۶و ۱۸ سالگی به کار برده اند. محققان مذکور در این مطالعه پی بردند که اختلال های شخصیتی در نوجوانان با سطوح بالایی از نابسامانی و آشفتگی روانی رابطه دارد(به نقل از محسن گلپرور، ۱۳۸۰). برنشتاین [۲۹] و همکاران او از یک نمونه بزرگ برای نشان دادن این نکته که نوجوانان مبتلا به اختلال های شخصیت، آشفتگی اجتماعی، مشکلات تحصیلی، تماس و برخورد با پلیس و مشکلات کاری بیشتری دارند، استفاده کرده، نتایجی مشابه نتایج کورن بلام و همکاران او به دست آوردند. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می دهد که در سال های اخیر، تحقیق درباره اختلال های شخصیتی نوجوانان با استفاده از نمونه های بالینی افزایش یافته است. البته بسیاری از این مطالعات به طور وسیع بر اختلال شخصیت مرزی متمرکز بوده اند و یا اختلال های شخصیت را به طور ثانوی نسبت به اختلال های دیگر بررسی کرده اند؛ نتایج آنها نشان می دهد که اختلال های شخصیت در نوجوانی با سطوح بالایی از افسردگی، خشم، تجزیه شدگی، تحریف های شناختی، خودکشی کامل یا قصد خودکشی، پاسخ ضعیف به درمان، صفات شخصیتی مانند هیجان خواهی، پرخاشگری، روان رنجور خویی، اعتماد به نفس پایین و ناامیدی همراه است. مطالعات یاد شده همچنین نشان داده که اختلال های شخصیتی در نوجوانی از نظر وقوع و از نظر رخداد طبق الگوی خانوادگی، با رخداد و الگوهای خانوادگی در بزرگسالان مشابه است. پژوهشگرانی که به این نتایج دست یافته اند بر پایه همین یافته ها معتقدند که می توان اختلال شخصیت را در نوجوانی تشخیص داد و در عین حال بر اعتبار تشخیصی ملاک ها نیز تکیه کرد. به طور کلی یافته های فوق تائید می کند که خودزنی و خودکشی با اختلال شخصیت کلاستر B رابطه دارد و با توجه به تکانشگری بودن این شخصیت ها (که نشان دهنده مشکلات عملکردی و عدم حل مسائل این افراد است) می توان با طرحواره درمانی آسیب های ناشی از آن جلوگیری کرد.طرحواره درمانی به صورت گروهی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی در دانش آموزان دختر بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد موثر است.

---

24 Arntz
25 Hawke
26 Provencher
27 klonsky
28 korenblum
29 Bernsteine

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می دانند که از مسئولین محترم آموزش و پرورش و همچنین دانش آموزان گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشند.

References:

Atalay H, Atalay F,Karahan D,Caliskan M.Early maladaptive schemas acti-vated in patients with obsessive - compulsive disorder: a cross - sectional study . International Journal of Psychiatry in Clinical Practise,2008, 12(4),268–279

Favazza AR,Rosenthal RJ.Diagnostic issues in self-mutilation. Hospital & community psychiatry. 1993:44(2):134–140

Herpertz S.Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of selfinjurers. Acta psychiatrica Scandinavica.1995:91(1):6-57

Johnson j,cohen p,smailes E,kasen S,oldman j,skodol A et al.adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. American journal of psychology.2000.(157).1406 – 1412.

Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. The American journal of psychiatry. 2003;160(8):1501-1508

Panaghi L, Ahmadabadi Z, Peiravi H, Abolmasoomi F. Suicide trend in university students during, 2003 to 2008. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2010; 16(2):8798. [Persian]

Pattison E, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. The American journal of psychiatry.1983;140(7):867–872.

Shaffer D, Jacobson C. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. (NSSI) as a DSM–V disorder. [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2009. [Undated; 2013 June 5]. Available from: http://www.dsm5.org/ Pages/Default.aspx

Weston S,siever L.Biological of personality disorders. J.The epidemiology of personality disorders : an update . j of personality disorder.1993. N 15. 441 – 462.

Ahi Gh,Standardization of the Yang Short Form Incompatible Schema Questionnaire, M.Sc. Thesis, Allameh Tabatabai University, Tehran,2006. [Persian]

Ahi Gh, Normative Finder of the Young Schema Questionnaire Short Form, Investigating Factor Structure among Students of Tehran Universities in the academic Year 2004-2005, Masters Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University,2005. [Persian]

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

Azad H, Psychopathology, Tehran: Ba'ath Publishing Institute.2000. [Persian]

Avokhkismi F,Mahdavi F,Ebrahimi M. Determining the Relationship between Self-Suffering and Personality Disorder in Soldiers, Ibn Sina Journal of Research Learn to pronounce, Department of Health and Human Services of Naja / Year 14, No. 4, Winter 2013, Machine Gun 45. [Persian]

Bermas H, The Effectiveness of Schema Therapy on the Level of Resilience of Women at Divorce Divorce in Tehran, MA Thesis,2016. [Persian]

Jahangiri M,Salehi M, Ashayeri H,Pashasharifi H.The Effectiveness of Schema Therapy on Adjustment of Early Maladaptive Schemas in Patients With Resistance to Algebraic Obsessive-Compulsive Disorder; Journal of Psychology and Psychiatry Cognition Second Year, No. 2, p27-13.2014. [Persian]

Hamzezade F,A Comparative Study of the Factors Related to Borderline Personality Disorder and Based on Yang Schema at Dr. Lavasani Psychiatric Center in 2011, MSc Thesis,2011. [Persian]

Hasani j,Miraghae A.The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Suicide Ideation, Contemporary Psychology, 7 (1) .61-72.2012. [Persian]

Semnani y,Saghatoleslam T,Shahpoori H.Suicidal and obsessive-compulsive behaviors in patients with borderline personality disorder, Journal of Forensic Medicine, Volume 12, Number 1, Spring 85, 25 – 29.2003. [Persian]

Golparvar M,Prevalence and Diversity of Personality Disorder Symptoms in Isfahan High School Male Students in Isfahan Education Research Council, 80-79,2001. [Persian]

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]

THE EFFECTIVENESS OF GROUP SCHEMA THERAPY ON THE REDUCTION OF SUICIDE BEHAVIORS AND SUICIDE OF ADOLESCENT GIRLS BETWEEN 18 AND 18 YEARS IN MASHHAD

Atefeh ghovati[30],Jaafar talebian sharif[31],Masood Ahvan[32]

Abstract

Background & Aims: The purpose of this study was to determine the effectiveness of schema therapy group training on reducing self-harm and suicidal behaviors of girls between 14 and 18 years old referred to Mashhad Education Counseling Center.

Materials & Methods: The present study is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. In order to conduct the research, after coordinating with the counseling center, a meeting was held to identify and engage student girls, including self-harm behaviors. Then, the Young Schema Short Form Questionnaire, Beck's Suicidal Thoughts, Self-Injury Questionnaire was administered to them, and 30 female students who were eligible to participate in the study were selected and randomly divided into control and experimental groups. Thus, Schema Therapy was conducted in 10 sessions of 90 minutes per group and after the sessions, the questionnaires were again completed by the experimental and control groups. Multivariate analysis was performed for groups.

Results: The results showed that schema therapy group training has an effect on reducing suicidal and suicidal behaviors.

Conclusion: *Schema therapy group training, due to the effects of cognitive techniques, has led to a decrease in suicidal and suicidal behaviors, which has reduced the validity of the mean suicide and suicidal scores in the experimental group.*

***KeyWords**:* Suicide, suicide, schema therapy

[30] *M.Sc. Student, Public Psychology, Hekmat Razavi Higher Education Institute (Corresponding Author)*
[31] *Assistant Professor, Psychology, Ferdowsi University of Mashhad*
[32] *PhD student, Family Counseling, Islamic Azad University, Bojnourd Branch*

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-08]