

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیراقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی

معصومه احمدیان گرجی^۱

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

دکتر لادن فتی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر سید کاظم ملکوتی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

هدف: این پژوهش به منظور مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی، بیماران افسرده غیراقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی انجام شد. روش: در یک طرح پژوهشی مقایسه‌ای-مقطعی، نمونه‌ای ۶۳ نفر متشکل از ۱۶ بیمار افسرده اقدام‌کننده به خودکشی، ۲۲ بیمار افسرده غیراقدام‌کننده به خودکشی و همچنین ۲۵ نفر از جمعیت غیربالینی که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده بودند، با استفاده از پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ (YSQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی، تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس یک‌طرفه چندمتغیره با روش تعقیبی توکی استفاده شد. یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده تفاوت معنادار نمره طرح‌واره‌ها در سه گروه شرکت‌کننده در پژوهش بود. به این ترتیب که دو گروه بالینی در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه با گروه غیربالینی تفاوت داشتند ($p < 0/001$)، ولی دو گروه بالینی فقط در سه طرح‌واره محرومیت عاطفی، وابستگی و بی‌کفایتی، و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند ($p < 0/05$). این تفاوت‌ها مستقل از شدت افسردگی بیماران بود ($p < 0/074$). نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش فوق، با یافته‌های پژوهش‌های مشابه همسو و حاکی از تفاوت ساختار شناختی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیراقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی است. این یافته‌ها همچنین تأییدکننده نظریه شناختی و نشان‌دهنده اهمیت انجام مداخلات درمانی بر سه طرح‌واره محرومیت عاطفی، وابستگی و بی‌کفایتی، و آسیب‌پذیری بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی در مقابل صدمه و بیماری است.

کلیدواژه: طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه، خودکشی، اختلال افسردگی اساسی

مقدمه

خودکشی یکی از هشت علت اصلی مرگ و میر در اغلب کشورهای است و سالی یک میلیون نفر را در جهان طعمه خود می‌کند. گفته می‌شود احتمالاً آمار واقعی که شامل اقدام به خودکشی و سایر رفتارهای خودکشی‌گرایانه است، ۱۰ تا ۲۰ برابر این میزان است (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۰۴). در سبب-

شناسی خودکشی و اقدام به خودکشی عوامل متعددی شناسایی شده‌اند که از آن بین، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در بیش از ۹۰ درصد خودکشی‌ها، اختلالات روانی نقش دارند (رابینز^۳، مورفی^۴، ویلکینسون^۵، گسنر^۶ و کیز^۷، ۱۹۵۹؛ دارپت^۸ و ریپلی^۹، ۱۹۶۰؛ باراکلاو^{۱۰}، بونچ^{۱۱}، نلسون^{۱۲} و سینسبوری^{۱۳}،

2- World Health Organization (WHO)

3- Robins

5- Wilkinson

7 - Kayes

9 - Ripley

11 - Bunch

13- Sainsbury

4- Murphy

6- Gassner

8- Dorpet

10- Barraclough

12- Nelson

۱- نشانی تماس: ساری، خیابان امیرمازندرانی، شهیند، سازمان بهزیستی مازندران- معاونت امور توانبخشی

Email: m_ahmadian5400@yahoo.com

منابعی که اندوخته‌اند، منفعل و کناره‌گیر شده و نیاز به کسب اطمینان در مورد در دسترس بودن افراد نزدیک خود دارند و وابستگی شدیدی به آنها پیدا می‌کنند. خلق افسرده‌ی آنها موجب سوگیری حافظه‌شان می‌شود، به گونه‌ای که به‌طور انتخابی، سایر شواهد شکست در گذشته خود را فراخوانی می‌کنند (بک، راش^۶، شاو^۷، امری^۸، ۱۹۶۷). باورهای منفی‌گرایانه موجب می‌شود که افراد افسرده فکر کنند بر حوادث مهم زندگی‌شان کنترل ندارند که همین موجب می‌شود دچار احساس درماندگی آموخته‌شده شوند (آبرامسون، متالسکی^۹، آلوی^{۱۰}، ۱۹۸۹). آنها بیشتر گرایش دارند که خود را به شیوه‌های منفی ببینند و بین این که خود را چگونه می‌بینند و این که چگونه «باید» باشند یا این که چگونه به تصور «ایده‌آل» خود برسند، سطوح ناهمگنی زیادی نشان می‌دهند. به این ترتیب کمال‌گرایی یک مولفه مهم تبیین‌کننده دیگر در اقدام به خودکشی است (هویت^{۱۱}، فلت^{۱۲}، شری^{۱۳} و کالیان^{۱۴}، ۲۰۰۶).

درباره ویژگی‌های شناختی افراد خودکشی‌کننده نظریه‌های فراوانی در حوزه آسیب‌شناسی شناختی مطرح شده‌اند که هر یک شواهد تأییدکننده دارند. از جمله این مفاهیم عدم انعطاف‌پذیری، و تفکر سیاه و سفید در بیماران اقدام‌کننده به خودکشی است که از همان ابتدای شکل‌گیری مدل‌های شناختی تبیین خودکشی مطرح شده‌اند (الیس^{۱۵} و رترفورد^{۱۶}، ۲۰۰۸). افراد خودکشی‌کننده، احساس می‌کنند که گرفتاری اخیرشان غیرقابل تحمل است و اعتقاد دارند که امیدی به تغییر آن نیست. بنابراین منفی‌گرایی و ناامیدی درباره آینده، به‌همراه دیدگاهی بدبینانه درباره خود، دنیا و دیگران عامل مهمی است که موجب

(۱۹۷۴). از میان اختلالات روانی، اختلالات خلقی بیشترین میزان خطر خودکشی در هر دو جنس را به همراه دارند (روی^۱، ۲۰۰۴). مقایسه اختلالات خلقی از نظر میزان خطر در طول عمر، نشان می‌دهد که کمترین میزان خطر خودکشی در اختلال افسرده‌خوبی (۱۲ درصد) و بیشترین میزان خطر در افسردگی اساسی (۲۰ درصد) است (هریس^۲ و باراکلاو، ۱۹۹۸؛ به نقل از اوستامو^۳ و لانگوئیست^۴، ۲۰۰۱).

برای تبیین آسیب‌شناسی شناختی اختلالات هیجانی از جمله خودکشی در افسردگی، حمایت‌های نظری متعددی وجود دارد که عملکرد شناختی را به افکار و رفتار خودکشی در طی عمر مرتبط و پدیده خودکشی را به عنوان یک همبسته و یا پیامد افسردگی، از همان ابتدای شکل‌گیری نظریه شناختی مطرح می‌کند (بک^۵، ۱۹۶۷، ۱۹۷۶). بک و همکارانش بر پایه پژوهش‌ها و تجارب بالینی متعدد به این نتیجه رسیدند که افراد افسرده درباره خود، دنیا، تجارب و آینده‌شان افکار منفی دارند، دیگران را طردکننده و غیرحمایت‌گر می‌بینند و خود را فردی دچار نقص و ضعف در جنبه‌های مهم می‌دانند. بر اساس نظریه بک (۱۹۹۵)، یک نظام باوری خودکشی^۶ (SBC) وجود دارد که دارای چهار موضوع اصلی است. الگوسازی بر اساس این نظریه نشان داده است که این چهار موضوع عبارت‌اند از: بی‌باوری، دوست‌داشتنی نبودن، عدم تحمل درماندگی، و احساس خستگی و ازپادرآمدگی (رود^۷، ۲۰۰۴). این نحوه تفکر بیمار را به این باور هدایت می‌کند که برای مشکلاتش راه‌حلی وجود ندارد و بنابراین یکی از مفاهیم مطرح در آسیب‌شناسی شناختی این بیماران، ضعف آنها در حل مسئله است (اسپکنس^۸ و هاوتون^۹، ۲۰۰۵، رینیکه^{۱۰}، ۲۰۰۶).

همچنین افراد افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌کنند، براین باورند که امیدی به آینده‌شان وجود ندارد. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که ناامیدی یک مؤلفه جدی اقدام به خودکشی در بیماران افسرده است (آبرامسون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰؛ پتی^{۱۲} و جوینر^{۱۳}، ۲۰۰۶، هیرش^{۱۴} و کونر^{۱۵}، ۲۰۰۶). افرادی که افسرده می‌شوند، به‌منظور حفاظت و نگهداری از

- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1- Roy | 2- Harris |
| 3- Ostamo | 4- Lonqvist |
| 5- Beck | 6- Suicidal Belief System |
| 7- Rudd | 8- Speckens |
| 9- Hawton | 10- Reinecke |
| 11- Abramson | 12- Pettit |
| 13- Joiner | 14- Hirsch |
| 15- Conner | 16- Rush |
| 17- Shaw | 18- Emery |
| 19- Metalsky | 20- Alloy |
| 21- Hewitt | 22- Flett |
| 23- Sherry | 24- Caelian |
| 25- Ellis | 26- Rutherford |

درباره ساختار طرح‌واره‌ای خودکشی هنوز اطلاعات جامعی در دست نیست. به نظر می‌رسد تأکید بر محتوا و فرآیند پردازش فکری و صرف کار کردن در سطح افکار خودآیند منفی و باورهای میانی بیماران، در درمان اختلالات مزمن و مقاوم نسبت به درمان اختلالاتی همچون افسردگی و خودکشی ناشی از افسردگی و همچنین اختلالات شخصیت کافی نباشد و باید به «ساختارهای شناختی»^{۱۴} بیماران به خصوص طرح‌واره‌های شناختی ناسازگارانه به‌عنوان پایه‌ای‌ترین و اولیه‌ترین سطوح شناختی توجه بیشتری نمود (بک، فریمن^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۰). براساس این بخش از مدل شناختی، عامل پیش‌زمینه بسیاری از اختلالات هیجانی، طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه^{۱۶} است (یانگ^{۱۷}، ۱۹۹۲؛ به نقل از یانگ، وین‌برگر^{۱۸} و بک، ۲۰۰۱). بین طرح‌واره‌های معین و ظهور علایم روانپزشکی ارتباط وجود دارد. براساس نظر یانگ (یانگ و همکاران، ۲۰۰۱)، آسیب‌های روانی از شکل‌گیری و ثابت‌ماندن طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه ناشی می‌شوند و در این میان به‌نظر می‌رسد طرح‌واره‌هایی که با وابستگی و نقص مرتبط هستند بیشتر در میان افراد افسرده، و طرح‌واره‌هایی که مرتبط به حوزه «آسیب-پذیری نسبت به صدمه یا بیماری»^{۱۹} هستند در افرادی که اضطراب دارند، وجود داشته باشند. با توجه به این مطالب و همچنین ویژگی‌های بالینی افسردگی و خودکشی ناشی از افسردگی، این احتمال مطرح می‌شود که در افراد اقدام‌کننده به خودکشی، در زمینه محرومیت عاطفی^{۲۰}، وابستگی و بی‌کفایتی، از یک سو و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری به‌دلیل همبودی اضطراب در این بیماران، طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ای فعال باشد. علی‌رغم اهمیت این موضوع هنوز نه در تبیین آسیب‌شناختی خودکشی و نه در طراحی برنامه درمان مناسب برای این بیماران پژوهشی منتشر

اقدام به خودکشی فردی می‌شود که دارای اختلال افسردگی است و پیامد این شیوه اندیشیدن، خودکشی به‌عنوان تنها راه‌حل به ذهن آنها خطور می‌کند (رینیکه، دویوآ^۱، و شولتز^۲، ۲۰۰۱). جوینر^۳ (۲۰۰۵) مدل دیگری برای خودکشی معرفی کرده است. این مدل حاکی از آن است که برای اقدام به خودکشی سه مؤلفه لازم است. دو مؤلفه شناختی عبارتند از ادراک از پادآمدگی و عدم تعلق که همراه شدن آنها با توان آسیب رساندن به خویشتن می‌تواند به خودکشی بیانجامد. به این ترتیب در مجموع، این باورها، انتظارات، خودارزیابی‌ها و اسنادها می‌توانند باعث اقدام به خودکشی افراد افسرده شوند (بارلو^۴، داراند^۵، ۲۰۰۲).

علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب از همبودهای جدی افسردگی و نیز اقدام به خودکشی است (فاست^۶، شفت^۷، کلارک^۸ و هدکر^۹، ۱۹۸۷). اضطراب احساس احساس آسیب‌پذیری و در خطر بودن^{۱۰} ایجاد می‌کند و علی‌رغم این که این مؤلفه از معدود پیش‌بینی‌کننده‌هایی است که با پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی همپوشانی ندارد، ولی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی باشد (همان منبع).

به این ترتیب براساس نظریه‌های آسیب‌شناسی شناختی خودکشی ناشی از افسردگی، مجموعه اطلاعات و پژوهش‌های موجود حاکی از آن است که عوامل شناختی همچون منفی‌گرایی و ناامیدی به‌همراه دیدگاهی بدبینانه درباره آینده، باور به نقص و ناکارآمدی خود و انزوای اجتماعی می‌توانند آسیب‌پذیری فرد را در برابر افسردگی و خودکشی افزایش دهند (آبرامسون و همکاران، ۱۹۸۹؛ آلوی، آبرامسون، موری^{۱۱}، وایت‌هاوس^{۱۲}، هاگن^{۱۳}، ۱۹۹۷).

دیدگاه شناخت‌درمانی بک به‌عنوان یکی از دیدگاه‌هایی که بیشترین توجه را به محتوا و فرآیند پردازش فکری بیماران افسرده و انتحاری داشته، شواهد پژوهشی چندی در این زمینه فراهم کرده است. یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های نظریه شناختی اختلالات روانی، طرح‌واره‌ها هستند که علی‌رغم اهمیت نظری این ساختار ذهنی و با وجود آن که شناخت‌درمانی به‌عنوان درمانی موفق برای گسترهای از اختلالات روانپزشکی مبتنی بر طرح‌واره‌ها طراحی شده‌اند،

- | | |
|---|---------------------------|
| 1- Dubios | 2- Schultz |
| 3- Joiner | 4- Barlow |
| 5- Darand | 6- Fawcett |
| 7- Schefter | 8- Clark |
| 9- Hedeker | 10- looming vulnerability |
| 11- Murray | 12- Whitehouse |
| 13- Hogan | 14- cognitive structures |
| 15- Freeman | |
| 16- Early Maladaptive Schemas (EMS) | |
| 17- Young | 18- Weinberger |
| 19 - vulnerability to harm or illnesses | |
| 20 - emotional deprivation | |

انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های طرح‌مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ملاک‌های شمول گروه اقدام‌کننده به خودکشی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV)، اقدام به خودکشی براساس گزارش خود بیمار و پزشک معالج، فاصله زمانی حداکثر سه هفته از اقدام به خودکشی تا ارزیابی، اقدام به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی، داشتن ۱۸ تا ۵۵ سال سن و دارا بودن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن بود. ملاک‌های حذف گروه اقدام‌کننده به خودکشی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نیز تشخیص اختلالات افسردگی با خصوصیات روان-پیشانه^۵، تشخیص اختلالات افسردگی دوقطبی، تشخیص اختلالات افسردگی ناشی از مصرف مواد و تشخیص اختلالات افسردگی ناشی از وضعیت طبی بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت:

۱) پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ

پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ (یانگ و براون^۶، ۱۹۹۰، ۲۰۰۱)، اولین بار به وسیله یانگ و براون در سال ۱۹۹۰، برای ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه را در پنج حوزه در مقیاس نوع لیکرت اندازه‌می‌گیرد. در ایران، این پرسشنامه در نمونه ۵۱۳ نفری دانشجویان اجرا شد که آلفای کرونباخ^۷ در ۱۸ مقیاس مطلوب و بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد (فتی، موتابی و دابسون، در دست چاپ). نتایج بازآزمایی^۸ با فاصله ۱۵ روز در مورد ۱۸ طرح‌واره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شد. این پرسشنامه از اعتبار صوری و

نشده است که تفاوت ساختار طرح‌واره‌ای افراد مبتلا به افسردگی اقدام‌کننده به خودکشی را با افراد افسرده غیر خودکشی‌کننده و گروه غیر بالینی مقایسه کند. با توجه به این موضوع، این پژوهش به منظور مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی انجام شد.

پژوهش حاضر یک طرح پس‌رویدادی مقایسه‌ای-مقطعی است که روی نمونه‌ای متشکل از سه گروه و از بین مراجعه-کنندگان به بیمارستان‌های لقمان و حضرت رسول و همراهان بیماران و کارکنان بیمارستان‌های فوق اجرا شد.

روش

روند جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش بدین صورت بود که ابتدا ۱۶ نفر از بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی به روش نمونه‌گیری دردسترس از بین مراجعان به بیمارستان‌های لقمان و حضرت رسول، با در نظر گرفتن ملاک‌های حذف و شمول پژوهش انتخاب شدند. این بیماران پس از توجیه هدف اجرای طرح و پرکردن فرم رضایت‌نامه، برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی به وسیله فهرست و آرسی مصاحبه بالینی ساختارمند برای DSM-IV^۱ (SCID-CV) مورد ارزیابی قرار گرفته و پس از تأیید تشخیص افسردگی اساسی، به منظور تعیین شدت افسردگی و شدت طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه به پرسشنامه افسردگی بک-۲^۲ (BDI-II) و پرسشنامه طرح‌واره‌های های یانگ (YSQ)^۳ پاسخ دادند. پس از این مرحله ۲۲ نفر از بیماران افسرده غیراقدام‌کننده به خودکشی نیز پس از طی مراحل فوق و هم‌تاسازی با گروه ملاک، به پرسشنامه‌های طرح پاسخ دادند. گروه غیر بالینی نیز پس از تأیید سلامت روان براساس نمره پایین‌تر از ۲۵ در پرسشنامه سلامت عمومی^۴ (GHQ)، و عدم سابقه ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی و سابقه درمان دارویی و خودکشی، از میان کارکنان یک مؤسسه دولتی، کادر درمانگاه بیمارستان و همراهان بیماران جسمی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها

1- Structured Clinical Interview for DSM

2- Beck's Depression Inventory-II

3- Young Schema Questionnaire

4- General Health Questionnaire

5- psychotic

6- Brown

7- Cronbach's alpha

8- test-retest

پژوهش این پرسشنامه برای تعیین شدت افسردگی گروه‌ها به کار برده شد.

۴) مصاحبه بالینی ساختارمند برای محور I در DSM (SCI-CV)
این فهرست و آرسی، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (فرست^{۱۵}، اسپیتزر^{۱۶}، ویلیامز^{۱۷} و گیون^{۱۸}، ۱۹۹۵). بختیاری (۱۳۷۹) ضریب پایایی آن را در یک جمعیت ایرانی به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش نمود. در این پژوهش از فرم تعدیل شده این مصاحبه برای تشخیص اختلال مورد نظر در این پژوهش و رد اختلالاتی که شامل ملاک حذفی پژوهش بودند استفاده شد.

یافته‌ها

به منظور مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه در سه گروه فوق، ابتدا تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر شدت افسردگی و سپس تحلیل واریانس یک‌طرفه و به دنبال آن مقایسه‌های تعقیبی انجام شد.

با اعمال ملاک‌های حذف و شمول، تعداد کسانی که هم رضایت نامه را امضا کردند و هم به کلیه سؤال‌ها پاسخ دادند، ۶۳ نفر بود که مشخصات جمعیت شناختی آنها در جدول ۱ آمده است. سه گروه از نظر سن، تحصیلات و جنسیت تفاوت معناداری نداشتند.

در مرحله بعد گروه‌ها از نظر شدت افسردگی با هم مقایسه شدند. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، تفاوت‌های گروه‌ها در نمره پرسشنامه افسردگی معنادار بود ($p < 0/001$ ، $F = 87$ و $df = 2$)، و $F = 75/12$. با توجه به تفاوت معنادار گروه‌ها از نظر شدت

قضای مطلق بر خوردار است (فتی و همکاران، در دست چاپ). پژوهش‌های متعدد نیز کارآیی آن‌را در تفکیک بیماران بر مبنای طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه نشان داده‌اند (اسمیت^۱، جوینر، یانگ، تلچ^۲، ۱۹۹۵؛ گوویا^۳، ۲۰۰۵؛ سسرو^۴، نلسون و جیلی^۵، ۲۰۰۴؛ واکر^۶، میر^۷، اوهانیان^۸، ۲۰۰۱؛ لی^۹، تیلور^{۱۰}، دان^{۱۱}، ۱۹۹۹). از این ابزار برای ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه سه گروه شرکت‌کننده در این پژوهش استفاده شد.

۲) پرسشنامه سلامت عمومی

این پرسشنامه ابزار غربال‌گری اولیه در زمینه احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی بزرگسال است. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در سال ۱۹۶۹ به وسیله گلدبرگ^{۱۲} ساخته (گلدبرگ و هیلر^{۱۳}، ۱۹۷۹) و در سال ۱۳۷۴ به وسیله یعقوبی و پالانگک به فارسی ترجمه و در جمعیت ایرانی هنجاریابی شد (یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴). به این ترتیب که ضریب پایایی در کل آزمون، پس از اجرا در ۶۲۵ نفر از افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهری و روستایی گیلان ۰/۸۸، ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۵۰ و ۰/۵۸ (به نقل از همان منبع) و حساسیت و ویژگی آن در نقطه برش ۲۳ مطلوب گزارش شده است. در این نقطه برش، حساسیت ۸۶/۵ درصد و ویژگی ۸۲ درصد است. در این پژوهش، قبل از مصاحبه پرسشنامه GHQ به منظور غربال اولیه داوطلبان گروه غیربالینی اجرا شد.

۳) پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم

این پرسشنامه (بک، استیر^{۱۴} و براون، ۱۹۹۶)، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک می‌باشد که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه روی نمونه ۹۴ نفره در ایران بدین شرح بود: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف‌وحید و دابسون، ۱۳۸۴). همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول (بک و همکاران، ۱۹۹۶) ۰/۹۳ بود. در این

1- Schmidt	2- Telch
3- Gouveia	4- Cecero
5- Gillie	6- Walker
7- Meyer	8- Ohanian
9- Lee	10- Tailure
11- Dunn	12- Goldberg
13- Hillier	14- Steer
15- First	16- Spitzer
17- Williams	18- Gibbon

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌ها

گروه	تعداد	میانگین سن (انحراف معیار)	میانگین تحصیلات (انحراف معیار)	جنسیت
خودکشی‌کننده	۱۶	۲۶/۰۶ (۶/۲)	۱۰/۸۶ (۲/۷۹)	زن ۱۰ مرد ۶
افسرده	۲۲	۲۴/۵ (۵/۳۶)	۱۰/۹۵ (۲/۴۶)	زن ۱۳ مرد ۹
غیربالینی	۲۵	۲۴/۱۲ (۵/۲۷)	۱۱/۵۲ (۱/۳۳)	زن ۱۳ مرد ۱۲

جدول ۲- مقایسه سه گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس^۱)

متغیر مستقل	F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا (اندازه اثر)
مقدار ثابت	۱۲/۴۰۹	۱۸ و ۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲
افسردگی بک-۲	۱/۷۲۱	۱۸ و ۴۲	۰/۰۷۴	۰/۴۲۵
گروه	۱/۴۸۴	۳۶ و ۸۴	۰/۰۷۱	۰/۳۸۹

جدول ۳- مقایسه گروه‌ها در ۱۸ طرح‌واره ناسازگارانه*

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا (اندازه اثر)
ترک شدن و بی‌ثباتی	۱۰۹۴۲/۲۸۱	۵۴۷۱/۱۴۱	۳۶/۵۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۹
عدم اعتماد و سوء استفاده	۵۰۸۰/۷۷۳	۲۵۴۰/۳۸۷	۲۵/۲۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷
محرومیت عاطفی	۴۷۰۹/۵۷۳	۲۳۵۴/۷۸۷	۲۹/۴۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۵
نقص داشتن و شرم	۵۷۶۰/۱۵۶	۲۸۸۰/۰۷۸	۲۱/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
انزوای اجتماعی	۳۵۴۰/۳۹۶	۱۷۷۰/۱۹۸	۲۸/۳۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
وابستگی و بی‌کفایتی	۴۸۴۱/۰۴۴	۲۴۲۰/۵۲۲	۳۰/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
آسیب‌پذیری نسبت به صدمه و بیماری	۴۵۰۵/۰۰۴	۲۲۵۲/۵۰۲	۳۸/۴۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲
در یکدیگر غرق بودن و خویش‌ترشد نیافته	۱۱۳۲/۲۹۱	۵۶۶/۱۴۶	۱۰/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۰
شکست	۳۰۹۵/۲۳۴	۱۵۴۷/۶۱۷	۳۵/۶۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
استحقاق	۱۲۸۳/۸۷۸	۶۴۱/۹۳۹	۱۰/۱۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳
تسلط بر خود و خودنظم‌بخشی ناکافی	۳۹۲۷/۴۵۶	۱۹۶۳/۷۲۸	۱۸/۵۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
انقیاد	۲۳۵۴/۰۷۴	۱۱۷۷/۰۳۷	۲۶/۵۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰
خود را فدا کردن	۱۵۶۹/۱۷۲	۷۸۴/۵۸۶	۶/۴۲۲	۰/۰۰۳	۰/۱۷۶
به‌دنبال تأیید و تشخیص بودن	۲۷۲۲/۱۲۲	۱۳۶۱/۰۶۱	۱۲/۹۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲
منفی‌گرایی و بدبینی	۳۱۸۰/۱۷۰	۱۵۹۰/۰۸۵	۲۸/۹۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
بازداری هیجانی	۲۴۱۶/۰۱۹	۱۲۰۸/۰۰۹	۲۹/۲۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
معیارهای دست‌نیافتنی و انتقادگری مفرط	۱۱۸۳/۵۹۵	۵۹۱/۷۹۸	۴/۹۶۰	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲
تنبیه	۱۴۳۱/۳۷۲	۷۱۵/۶۸۶	۸/۷۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۲۵

*درجه آزادی (۲ و ۶۰)

جدول ۴- مقایسه‌های تعقیبی گروه‌ها با تصحیح بونفرونی*

گروه (I)		گروه (J)		تفاوت میانگین‌ها در طرح‌واره‌ها (I-J)	
خودکشی	افسرده	خودکشی	افسرده	محروریت عاطفی	نقص داشتن و شرم
۸/۸۸۰۷*	۷/۳۶۹۳*	۸/۴۱۴۸*	۶/۷۸۴۱	۵/۸۳۵۲	۲۱/۲۶۷۵*
۲۰/۹۶۲۵*	۲۱/۲۲۷۵*	۱۸/۹۰۲۵*	۱۵/۹۵۰۹*	۱۸/۰۰۲۵*	۲۱/۲۶۷۵*
۱۲/۰۸۱۸*	۱۳/۸۵۸۲*	۱۷/۹۳۰۹*	۱۲/۸۵۲۷*	۱۲/۱۶۳۷*	۱۲/۸۵۲۷*
				انقیاد	خودکنترلی و خودنظم‌بخ شی ناکافی
				استحقاق	استحقاق
				شکست	شکست
				در یکدیگر غرق بودن و خویشتن رشدنیافته	در یکدیگر غرق بودن و خویشتن رشدنیافته
۳/۰۹۶۶	-۱/۶۴۷۷	۴/۲۲۱۶	-۸/۰۱۱	-۳/۲۵۵۷	۵/۱۱۹۳
۱۵/۰۰۷۵*	۹/۱۶۵۰*	۱۴/۴۹۲۵*	۱۵/۶۶۲۵*	۶/۹۸۲۵*	۱۶/۷۱۷۵*
۱۱/۹۱۰۹*	۱۰/۸۱۲۷*	۱۰/۲۷۰۹*	۱۶/۴۶۳۶*	۱۰/۲۳۸۲*	۱۱/۵۹۸۲*
				بازداری	بازداری
				هیجانی	هیجانی
				منفی‌گرایی و بدبینی	منفی‌گرایی و بدبینی
				استانداردهای دست‌نیافتنی و انتقادگری مفرط	استانداردهای دست‌نیافتنی و انتقادگری مفرط
				تنبیه	تنبیه
				-۲/۳۶۹۳	-۱/۳۸۶۴
				۸/۱۹۲۵*	۷/۹۹۰۰
				۱۰/۵۶۱۸*	۹/۳۷۶۴*
				۰/۹۰۳۴	۰/۹۰۳۴
				۰/۰۱۷۰	۰/۰۱۷۰
				۱۶/۵۰۲۵*	۱۶/۵۰۲۵*
				۱۲/۴۸۵۵*	۱۲/۴۸۵۵*

* $p < 0.05$

با توجه به نتایج فوق، به منظور به حداقل رسانیدن خطا مقایسه تعقیبی گروه‌ها با روش تصحیحی بونفرونی انجام شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیراقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی طراحی شده بود. همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان دادند، مشخصات جمعیت شناختی گروه‌ها تفاوت معناداری نداشت، اما شدت افسردگی گروه‌ها با یکدیگر تفاوت معنادار داشت. تحلیل کوواریانس نشان داد که میان نمرات BDI-II و YSQ همپراشی وجود ندارد

افسردگی و با توجه به این که افسردگی به خودی خود منجر به فعال شدن طرح‌واره‌های مرتبط می‌شود، به منظور کنترل اثر شدت افسردگی در نمرات طرح‌واره‌های گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANOVA) انجام گرفت. جدول ۲ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

با توجه به این که تحلیل کوواریانس حاکی از تأثیر معنادار شدت افسردگی بر نتایج آزمون اصلی نبود، سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره یک طرفه، در طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه با هم مقایسه شدند. نتایج این تحلیل حاکی از تفاوت معنی‌دار گروه‌ها به طور کلی بود ($F(۸۴,۳۶) = ۳/۸۴$ و $T = ۳/۲۹$ و $p < 0.001$). مقایسه چند متغیره گروه‌ها در ۱۸ طرح‌واره نیز حاکی از تفاوت معنادار گروه‌ها در تمامی موارد بود که یافته‌های مربوطه در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

و به همین دلیل تحلیل واریانس چند متغیره و مقایسه‌های تعقیبی آن با استفاده از تصحیح بونفرونی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد که سه گروه در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه به طور کلی تفاوت معناداری دارند. مقایسه‌های تعقیبی نشان‌دادند که دو گروه افسرده بدون اقدام به خودکشی و افسرده اقدام‌کننده به خودکشی در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه با گروه غیر بالینی تفاوت معنادار دارند، ولی دو گروه افسرده بدون اقدام به خودکشی و افسرده اقدام‌کننده به خودکشی فقط در سه طرح‌واره محرومیت عاطفی، وابستگی و بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری با هم تفاوت معنادار داشتند.

تفاوت معنادار هردو گروه بیمار با گروه غیر بالینی، با نظریه آسیب‌شناسی شناختی همسوست. برطبق این نظریه، ابتلا به اختلالات هیجانی همواره با فعال شدن طرح‌واره‌های ناکارآمدی همراه است که طی سالیان تجارب فردی شکل گرفته‌اند. این طرح‌واره‌های فعال شده فرد را مستعد سوگیری در ارزیابی، قضاوت و تفسیر تجارب روزمره می‌کند و به این ترتیب افسردگی تشدید می‌شود (بک، فریمن و همکاران، ۱۹۹۰، یانگ و براون، ۲۰۰۱). طبق مدل آسیب‌شناسی شناختی، در شرایط اختلالات هیجانی، احتمال فعال شدن تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد (یانگ، کلوکسکو^۱ و ویشار^۲، ۲۰۰۶)، با این حال فعال شدن غیر اختصاصی تمامی طرح‌واره‌ها کمک‌چندانی به پیش‌بینی نوع اختلال هیجانی نمی‌کند. مبنای اصلی مدل شناختی افسردگی، فرضیه اختصاصی بودن^۳ است (کلارک^۴، بک و الفورد^۵، ۱۹۹۹). در صورتی که در شرایط هیجانی تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فعال شوند، مدل شناختی مدل پیش‌بینی کننده خوبی نخواهد بود. این پژوهش نشان داد که سه طرح‌واره محرومیت عاطفی، وابستگی و بی-کفایتی، و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری، به طور اختصاصی قادر به تفکیک بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی و غیر اقدام‌کننده به خودکشی هستند. این یافته با مبنای آسیب‌شناسی شناختی خودکشی در بیماران افسرده همسو است. افکار مرتبط با بی‌یاوری و تنهایی، احساس اضطراب به-

نکته حایز اهمیت دیگر در این پژوهش این است که اگر چه یافته‌های پژوهش‌های دیگر بر نقش کمال‌گرایی و معیارهای دست‌نیافتنی در اقدام به خودکشی تأکید کرده‌اند، یافته‌های این پژوهش چنین نتیجه‌گیری را میسر نمی‌سازد، زیرا پرسشنامه طرح‌واره یانگ، این مقوله را مستقیماً اندازه‌گیری نمی‌کند و برای اندازه‌گیری این طرح‌واره‌ها به روش‌های دیگری نیاز است. دو نکته اساسی حاصل از یافته‌های حاضر می‌تواند رهنمودهای نظری و درمانی مهمی در پی داشته باشد. نخست این- که بالا رفتن شدت طرح‌واره‌های مختلف با بروز علائم افسردگی همراه است و شدت یافتن سه طرح‌واره محرومیت عاطفی، وابستگی و بی‌کفایتی، و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری با بروز رفتارهای خودکشی همراه می‌شود. این یافته دربردارنده این پیام تلویحی است که با شناسایی طرح‌واره‌های فوق‌پیش از ابتلای فرد به افسردگی و یا قبل از اقدام به خودکشی در بیماران افسرده و اندازه‌گیری شدت این طرح‌واره‌ها و مشخص کردن الگوی طرح‌واره‌ای در بین این سه گروه احتمالاً می‌توان

1- Klosko
3- specificity hypothesis
5- Alford

2- Weishaar
4- Clark

های اخیر، مدل‌های قبلی در زمینه نقش کمال‌گرایی، حافظه یادآوری خاطرات شخصی، و فشار روانی بر ناامیدی، افسردگی / اضطراب و خودکشی را تأیید کرده‌اند (راسموسن^۵، اوکانر^۶ و برودی^۷، ۲۰۰۸). برای این که نقش این عوامل همراه و همزمان با نقش طرح‌واره‌های ناکارآمد در خودکشی مورد بررسی قرار گیرد، به پژوهش‌های بیشتری نیاز است. هم‌چنین بررسی مؤلفه‌های شناختی مرتبط با خودکشی در افراد افسرده کامل نخواهد بود، مگر این که نقش عوامل محافظت‌کننده نظیر عزت نفس، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی نیز همزمان با ناامیدی، طرح‌واره‌های ناکارآمد و سایر عوامل خطر در نظر گرفته شوند (چیکیوتا^۸ و استیلز^۹، ۲۰۰۷). در مجموع عمده‌ترین محدودیت این پژوهش در نظر نگرفتن عوامل خطر و محافظت‌کننده شناختی دیگر در کنار طرح‌واره‌ها بود که به نظر می‌رسد مستلزم انجام پژوهش‌های جامع‌تر باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله پژوهشگران از همکاری مسئولان بیمارستان لقمان حکیم و متخصصین بخش مسمومیت‌ها به خصوص سرکار خانم دکتر طاهره ثقه‌الاسلام، و آقایان دکتر عبدالکریم پژومند، دکتر شاهین شادنیا و دکتر مهدی کریمی، و همچنین مساعدت‌های سرکارخانم دکتر پریدخت عطایی، و آقایان دکتر علیرضا جاهدی، دکتر مصطفی حیدری در بیمارستان حضرت رسول و همچنین کارمندان انستیتو روانپزشکی تهران در مراحل اجرایی و جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر قدردانی می‌نمایند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲۵

1- Van Orden
3- Gordon
5- Rasmussen
7- Brodie
9- Stiles

2- Witte
4- Bender
6- O'Connor
8- Chioqueta

راهبردهای مداخله‌ای مناسبی در جهت کاهش شدت این طرح‌واره به عمل آورد.

دوم این که یافته‌ها گویای آن بود که احتمالاً یک نقطه بحرانی در پیوستار طرح‌واره می‌تواند وجود داشته باشد که در فاصله وضعیت سلامت، افسردگی و خودکشی قرار می‌گیرد. این امر با قرار گرفتن طرح‌واره‌های خاص در کنار هم و در ارتباط با طرح‌واره‌های افسرده‌ساز می‌تواند روند بروز خودکشی را تسهیل سازد. این مسأله این رهنمود بالینی و نظری را به همراه دارد که با پدید آمدن همزمان این چند طرح‌واره در حد خاص و معین از نظر شدت، در کنار پایین بودن طرح‌واره‌های مشخص، می‌توان انتظار بروز احتمالی افسردگی و افکار و عقاید خودکشی‌گرایانه و سپس اقدام به خودکشی و یا خودکشی ناشی از افسردگی را داشت. به بیان دیگر بروز افکار و اقدام به خودکشی نشان‌دهنده وجود مجموعه طرح‌واره‌های خاص در وضعیت مشخص است که می‌تواند کانون مداخله درمانی واقع شود. با این حال باید توجه داشت که یافته‌های این پژوهش بعد از اقدام بیماران افسرده به خودکشی جمع‌آوری شده‌اند و این احتمال وجود دارد که شدت طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه، قبل از اقدام به خودکشی آنقدر بالا نباشد که پیش‌بینی‌کننده خوبی برای احتمال ابتلا به افسردگی و یا اقدام به خودکشی به شمار آید. پاسخ به این پرسش فقط از طریق اجرای پژوهش‌های طولی میسر است.

در پایان شایان ذکر است که اگرچه مدل طرح‌واره‌ها براساس یافته‌های این پژوهش مدل خوبی برای تفکیک افراد مبتلا به افسردگی خودکشی‌کننده و غیرخودکشی‌کننده است، ولی مدل‌های دیگری نیز اخیراً معرفی شده‌اند که قادر به تفکیک افراد خودکشی‌کننده و غیرخودکشی‌کننده بر مبنای سایر متغیرها هستند. مثلاً مدل جوینر (۲۰۰۵) و نیز پژوهش ون‌اوردن^۱، ویت^۲، گوردون^۳، بندر^۴ و جوینر (۲۰۰۸) نشان داده‌اند که دو متغیر میل به مردن و توانایی کشتن خویش دو مؤلفه اصلی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در افراد افسرده است. در این پژوهش این متغیرها بررسی نشده‌اند ولی به نظر می‌رسد مقایسه این دو مدل نقش شناخت در اقدام به خودکشی را با وضوح بیشتری نمایان کند. هم‌چنین پژوهش-

منابع

بختیاری، م. (۱۳۷۹). بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف‌وحید، م. ک.، و دابسون، ک. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرح‌واره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴۲، ۳۲۶-۳۱۲.

فتی، ل.، موتابی، ف.، و دابسون، ک. ا. (در دست چاپ). ترجمه و آماده‌سازی ویرایش فارسی پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ در جمعیت دانشجوی ایرانی. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز.

یعقوبی، ن. ا.، نصر، م.، و شاه‌محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا، گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱، ۵۵-۶۵.

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., & Cornette, M. M. (2000). The hopelessness theory of suicidality. In T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluwer.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. L., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Barlow, D. H., & Darand, V. M. (2002). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Pacific Grove, CA: Wadsworth.

Barracough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide. Clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-374.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: international university Press.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania press.

Beck, A. T., Freeman, A. M., & associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., & Emery, G. (1967). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.

Cecero, J. J., & Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptive schema Questionnaire-

Research version. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344-357.

Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: Identification of protective factors. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28, 67-73.

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.

Dorpet, T. L., & Ripley, H. S. (1960). A Study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 349-359.

Ellis, T. E., & Rutherford, B. (2008). Cognition and suicide: Two decades of progress. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 47-68.

Fawcett, J., Schefter, W., Clark, D., & Hedeker, D. (1987). Clinical predictors of suicide patients with major affective disorders: A controlled COGNITION AND SUICIDE 65 prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 144, 35-40.

First, M., Spitzer, R., Williams, J., & Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Gouveia, P. (2005). Early maladaptive schemas as clinically significant constructs: Validation and assessment issues. Presented in *Cognitive Behaviour therapy: The Art of An Integrative Science*, XXXV Annual Congress of the EABCT. Thessaloniki, Greece.

Hewitt, P., Flett, G., Sherry, S., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory,*

- research, and therapy (pp. 215–235). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hirsch, J. K., & Conner, K. R. (2006). Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide Life Threatening Behavior, 36*, 661-669.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (1998). Overview of special issue on adolescent suicide: Risk, assessment, and treatment. *Journal of Adolescence, 21*, 355-357.
- Lee, C. W., Tailure, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 441-451.
- Ostamo, O., & Lonnqvist, J. (2001). Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 36*, 354-360.
- Pettit, J. W., & Joiner, T. W. (2006). Cognitive vulnerability to suicide. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 125–154). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rasmussen, S. A., O'Connor, R. C., & Brodie, D. (2008). The role perfectionism and autobiographical memory in a sample of parasuicide patients: An exploratory study. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29*, 64-72.
- Reinecke, M. A. (2006). Problem-solving: A conceptual approach to suicidality and psychotherapy. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 237–260). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reinecke, M. A., Dubios, D. L., & Schultz, T. M. (2001). Social problem solving, mood, and suicidality among inpatient adolescents. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 743-756.
- Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson, R. H., Gassner, S., & Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide- based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health, 49*, 888-899.
- Roy, H. S. (2004). Suicide. In: B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 2442-2453). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Rudd, M. D. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 34*, 59–72.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 295- 321.
- Speckens, A. E., & Hawton, K. E. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*, 365–387.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T.W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 72-83.
- Walker, G., & Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: core beliefs among bulimia and comparison women. *Cognitive therapy and research, 25*, 137-147.
- Word Health Organization (2004). *Suicide and attempted suicide*. Geneva: WHO. Available in: www.who.int
- Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young schema questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire*. Special Edition. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E.; Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. London: Guilford press.
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy in depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*(pp. 264-308). New York: Guilford Press.