



The Relationship between Childhood Trauma and Suicidal Thoughts with the Mediating Role of Maladaptive Schemas

Goli Ebrahimi¹, Ahmed Ghazanfari^{2*}, Shahram Mashhadizadeh³, Saeed Rahimi⁴

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Basic Medical Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Ahmed Ghazanfari, Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Email: aghazan5@yahoo.com

Received: 25 Jan 2023

Accepted: 9 April 2023

Abstract

Introduction: Childhood injuries and traumas can affect the psychological characteristics of people throughout their lives. Childhood traumas can lead to the formation of maladaptive schemas and the occurrence of suicidal thoughts in adulthood. The current research purpose was to the relationship between childhood trauma and suicidal thoughts with the mediating role of maladaptive schemas.

Methods: This research is a correlational study method. The statistical population of the present study consists of all the adults in Tehran who experienced physical and sexual adversities in childhood. The sample included 300 people with a history of childhood adversity who were selected by available sampling. In order to measure the research variables were used childhood trauma questionnaires (CTQ), Beck Suicidal Thoughts Questionnaire (BSSI), and Inconsistent Schemas Questionnaire (YSQ-SF). The data was analyzed through path analysis using Amos software.

Results: The findings showed that the direct effect of childhood trauma on suicidal thoughts is significant ($P < 0.05$). Also, the results show that early maladaptive schemas play an intermediate role in the relationship between childhood traumas and suicidal thoughts ($P < 0.05$).

Conclusions: early maladaptive schemas mediate the relationship between suicidal thoughts and childhood trauma, and to work on suicidal thoughts, the role of schemas and unfortunate childhood experiences should be considered.

Key words: Suicidal thoughts, Maladaptive schemas, Childhood trauma.



ارتباط ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه

گلی ابراهیمی^۱، احمد غضنفری^۲، شهرام مشهدی زاده^۳، سعید رحیمی^۴

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

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳- استادیار، گروه علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: احمد غضنفری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
ایمیل: aghazan5@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۵

چکیده

مقدمه: آسیب ها و تروماهای دوران کودکی می تواند تاثیر عمیقی بر ویژگیهای روانشناختی افراد در طول زندگی بگذارند. تروماهای دوران کودکی می توانند در شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه و بروز افکار خودکشی گونه در بزرگسالی موثر باشند. پژوهش حاضر با هدف رابطه ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه انجام شد.

روش کار: این پژوهش از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بزرگسالان شهر تهران که سابقه ناملایمات جسمی و جنسی در دوران کودکی داشتند، تشکیل دادند. نمونه شامل ۳۰۰ نفر با سابقه ناملایمات کودکی بودند که با شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه های ترومای دوران کودکی (CTQ)، پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) و پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF) استفاده شد. داده ها به شیوه تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار ایموس (Amos) بررسی شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که اثر مستقیم ترومای دوران کودکی بر افکار خودکشی به صورت مثبت معنادار است ($P < 0/05$). همچنین، نتایج نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی نقش میانجی ایفا می کنند ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر طرحواره های ناسازگار اولیه رابطه بین افکار خودکشی و ترومای دوران کودکی را میانجی گری می کنند و برای کار بر روی افکار خودکشی باید به نقش طرحواره ها و تجربه های ناگوار دوران کودکی پرداخت.

کلیدواژه ها: افکار خودکشی، طرحواره های ناسازگار اولیه، ترومای دوران کودکی.

مقدمه

آن اقدام به خودکشی صورت می گیرد. بیش از ۶۰ درصد خودکشی ها در کشورهای آسیایی به ویژه خاورمیانه رخ می دهد (۲). ایران با نرخ خودکشی ۶ نفر در ۱۰۰ هزار نفر، در رتبه ۵۸ جهانی قرار دارد؛ بنابراین، پرداختن به این متغیر روان شناختی - اجتماعی ضروری می نماید (۳).

خودکشی فقط یک تراژدی شخصی نیست که منجر به پایان زندگی یک نفر شود، بلکه فاجعه ای برای خانواده، دوستان و حتی جامعه به شمار می رود (۱). هر روز در دنیا بیش از ۱۰۰۰ مورد خودکشی موفق و ۱۰ تا ۲۰ برابر

نحوه برقراری ارتباط افراد با دیگران بازی می کنند و به گونه ای متناقض و اجتناب ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می کشاند (۱۸). طرحواره ها به دلیل ماهیت شان میانجی بسیاری از رفتارها با افکار و اتفاقات هستند. افکار و بسیاری از اتفاقات از مسیر الگوهای طرحواره ای به رفتار تبدیل می شوند. بنابراین طرحواره ها می توانند میانجی بین بسیاری از مولفه های روانشناختی باشند (۱۹).

طرحواره های ناسازگار اولیه بر اثر ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی شکل می گیرند (۱۷). در واقع این طرحواره ها، باورهای هسته ای درباره خود و دیگران هستند که پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می کنند (۲۰). طرحواره های ناسازگار اولیه به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تقسیم می شوند (۱۷).

بک و یانگ نقش طرحواره ها را در زمینه افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه برجسته می دانند (۴). طرحواره های ناسازگار اولیه با هیجان های منفی زیادی همراه هستند. فعال شدن این طرحواره ها می تواند با هیجان های مانند خشم، نفرت، ترس و شرم همراه باشد. ناتوانی در تحمل هیجانات منفی حاصل از فعال شدن طرحواره ها به عنوان یک فرآیند مربوط به ایده پردازی و تلاش برای خودکشی شناخته شده است (۲۱).

در حوزه بریدگی و طرد، طرحواره هایی مثل رهاشدگی/ بی ثباتی، رفتارهای خودآسیب رسان مثل خودکشی را مطرح می کنند (۲۲). همچنین، از جمله طرحواره های حیطه خودگردانی و عملکرد مختل، شکست می باشد که در آسیب شناسی اختلال افسردگی اساسی مطرح گردیده و با رفتار خودکشی و یا خود آسیب رسان همراه است (۲۳). طرحواره های حیطه محدودیت های مختل، یعنی خودانضباطی ناکافی از دیگر طرحواره های ناسازگار اولیه است که منجر به رفتار اهمال کاری می شود. اهمال کاری رفتارهای خودآسیب رسان مثل خودسرزنی و در موارد شدید افکار خودکشی را به همراه دارد. از جمله طرحواره های حیطه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، منفی گرایی، تنبیه و عیب جویی افراطی است که در آسیب شناسی اختلالات اضطرابی و افسردگی مطرح است، که علائم شدید آن به شکل رفتارهای خودآسیب رسان و خودکشی می تواند بروز

یکی از فاکتورهای مهم در اقدام به خودکشی، داشتن افکار خودکشی قبل از عملی کردن آن است (۴). افکار خودکشی، گونه ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (۵). افکار خودکشی به افکار و باورهایی گفته می شود که فرد در مورد کشتن خود دارد، که از برنامه ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل ملاحظه را در برمی گیرد اما شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی شود (۶).

زمینه بسیاری از افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه در دوران کودکی به وجود می آید. دوره کودکی از جمله دوره های مهم زندگی محسوب می شود که متخصصان و نظریه پردازان مختلف در مورد اهمیت آن و آسیبهای جبران ناشدنی این دوره تاکید داشته اند (۷). تروماهای دوران کودکی در اشکال مختلف اتفاق می افتد که سوء استفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می شود (۸). سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۷ با انتشار گزارشی تحت عنوان بد رفتاری با کودکان، اعلام کرده است که در سراسر جهان از هر ۴ کودک ۱ کودک قربانی خشونت است که ۲۳ درصد از آنها خشونت فیزیکی و ضرب و شتم، ۳۶ درصد از کودکان نیز با آزارهایی نظیر تهدید، تحقیر، توییح، اعمال فشار عاطفی و ۲۶ درصد از این کودکان مورد استعمار جنسی قرار گرفته اند (۹). پژوهش های بسیاری نشان داده است که سابقه هر نوع بد رفتاری دوران کودکی از جمله سوء استفاده های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی مدت با پیامدهای منفی بزرگسالی شامل اختلالات شخصیت (۱۰)، سوء مصرف مواد (۱۱)، افسردگی اساسی (۱۲) و خودکشی (۱۳ و ۱۴) رابطه دارد.

افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی به عنوان یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی و نوجوانی شناخته می شود. ارتباط میان ناملایمات و ترومای کودکی و افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی دیده می شود (۱۳). تروماهای دوران کودکی در شکل گیری بسیاری از مشکلات و الگوهای شناختی، هیجانی و رفتاری دخیل هستند. از جمله مهمترین این الگوها طرحواره ها می باشد (۱۵). در اینکه تروماهای دوران کودکی بتوانند افکار خودکشی را راه اندازی کنند یا نه، حوزه های طرحواره ای نقش مهمی ایفا می کند (۱۶). طرحواره ها عمیق ترین سطح شناخت محسوب می شوند (۱۷). طرحواره ها نقش عمده ای در تفکر، احساس، رفتار و

مشمتمل بر تمامی بزرگسالان دارای سابقه نامالایمات جسمی و جنسی در دوران کودکی بود که در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کردند. تعداد حجم نمونه بر اساس شیوه وستلند (۳۱) با در نظر گرفتن تعداد سازه های مدل، توان آزمون ۹۹ درصد، احتمال خطای ۰/۰۱ و عدم دسترسی به حجم جامعه آماری حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۸۲ نفر بدست آمد. بر این اساس، ۳۰۰ نفر با سابقه نامالایمات کودکی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاکهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال به علت افزایش شیوع خودکشی در این سنین، تحصیلات حداقل ۵ کلاس و دارای سواد خواندن و نوشتن، سابقه اقدام به خودکشی و رضایت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش و ارائه رضایت نامه کتبی بود. از جمله معیارهای خروج نیز ابتلا به اختلالات بالینی محور I (به جز افسردگی) پس از بررسی پرونده و مصاحبه تشخیصی روانشناس و روانپزشک، وجود اختلالات بالینی محور II (اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی) پس از بررسی پرونده و مصاحبه تشخیصی روانشناس و روانپزشک، سوء مصرف مواد، استفاده از مداخلات روان شناختی به طور همزمان، استفاده از داروی تجویز شده روان پزشکی جهت درمان خودکشی و انصراف از ادامه همکاری و کامل نکردن پرسشنامه های مربوطه بود.

لازم به ذکر است که متغیر برون زاد افکار خودکشی، متغیرهای درون زاد ترومای دوران کودکی و متغیر میانجی حوزه های پنجگانه طرحواره ای بود. به منظور گردآوری داده ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicide Ideation «BSSI»): این پرسشنامه توسط بک، استر و رانیری (۳۲) تهیه شده و یک ابزار خودسنجی با ۱۹ گویه می باشد که به منظور سنجش نگرش، افکار و برنامه ریزی برای خودکشی طراحی شده است. در این پرسشنامه ۵ سوال اول به منظور غربالگری طرح شده است، که آزمودنی ها اگر به ۵ سوال اول نمره صفر بدهند فاقد خودکشی هستند. بین نمره ۱ تا ۵ نشان دهنده داشتن افکار خودکشی و نمره ۶ تا ۱۹ نشان دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی است. پرسشنامه بر اساس مقیاس سه نقطه ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده و نمره کلی فرد از صفر تا ۳۸ متغیر است. بک و همکاران روایی ملاکی پرسشنامه را با استفاده از همبستگی این مقیاس با

یابد (۲۴).

پژوهش ها نشان می دهد که در بین حوزه های طرحواره ای، طرحواره های حوزه بریدگی و طرد و سپس طرحواره های حوزه گوش به زنگی بیش از حد بیشترین همبستگی را با افکار خودکشی دارند (۲۵ و ۱۷).

بر طبق نظریه یانگ طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق راهبردهای میانجی (سبک های مقابله ای) سبب بروز علائم مختلف آسیب شناسی می شوند (۲۶). نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در بسیاری از پژوهش ها به عنوان عامل میانجی بین متغیرهای مختلف تایید شده است. پژوهش فیزینگلو و همکاران (۲۷) در رابطه بین ترومای کودکی و آلکسی تایمیا؛ پژوهش کایا و آیدین (۲۸) در زمینه رابطه بین دلبستگی و سلامت روانشناختی؛ استیوز، اوزریجورگ، هرو و جاروگی (۲۹). رابطه بین سوء استفاده جنسی دوران کودکی و تکانشگری در زنان؛ پژوهش پیگینگتون، یویان و بیشاپ (۱۹) در رابطه بین ایده پردازی خودکشی و رفتارهای خودجرحی؛ کیم و لی (۳۰) در زمینه رابطه بین مقابله اجتنابی و افکار خودکشی نقش میاجی گرایانه طرحواره های ناسازگار اولیه را تایید کرده اند.

بنابراین، با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه خودکشی هنوز ابهامات گوناگونی پیرامون متغیر مذکور وجود دارد که به عنوان منبع مسئله مطرح می شود. با توجه به اهمیت طرحواره های ناسازگار در رابطه با ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی پژوهش حاضر به دنبال رابطه افکار خودکشی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه در بزرگسالان می باشد. به نظر می رسد که متغیر ترومای دوران کودکی از جمله عوامل دخیل در شکل گیری افکار خودکشی هست؛ و به نظر می رسد علاوه بر روابط مستقیم این متغیر، متغیر دیگری مانند طرحواره های ناسازگار به عنوان متغیر واسطه ای بین ترومای دوران کودکی، متغیر افکار خودکشی را تحت تاثیر قرار می دهد. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا ترومای دوران کودکی به واسطه طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند متغیر افکار خودکشی را پیش بینی کند؟

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش های کاربردی و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری

مقیاس هامیلتون را ۰/۷۳ گزارش نمودند و اعتبار را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ به دست آوردند، همسانی درونی نیز ۰/۹۱ گزارش شد (۳۲). در پژوهش اقدامی و فولادچنگ برای تعیین روایی ابزار از روش تحلیل عامل تاییدی استفاده شد. شاخص های نیکویی برآزش مدل مقیاس افکار خودکشی، شامل شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۴ و در فاصله اطمینان ۹۰ درصد بین حد پایین ۰/۰۱ و حد بالا ۰/۰۵ قرار گرفته بود. همچنین دیگر شاخص های برآزش موید برآزش مطلوب مدل مذکور با داده ها بود. اعتبار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد (۱).

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire «CTQ»): این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گویه ای آن ارائه و در نهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه ای تنظیم شد. پرسشنامه آزردیدگی را در پنج خرده مقیاس سوء استفاده جسمی، سوء استفاده هیجانی، غفلت جسمی، غفلت هیجانی و سوء استفاده کلی را به دست می سنجد و در نهایت یک نمره سوء استفاده کلی را به دست می دهد. گویه ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه ای از هرگز تا همیشه پاسخ داده می شوند. نمرات بالا در پرسش نامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای کمتر در دوران کودکی است. برنشتاین و همکاران روایی همزمان پرسشنامه را با درجه بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین، پایایی این پرسشنامه به دو روش آزمون- باز آزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۴ تا ۰/۷۹ به دست آمده است (۳۳). در پژوهش ابراهیمی و همکاران نیز روایی سازه های آن مورد تایید قرار گرفت و ضرایب پایایی نمره کل آزمون و خرده مقیاس های آن بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می باشد (۳۴).

پرسشنامه طرحواره یانگ (Young schema Questionnaire «YSQ-SF»): این پرسشنامه یک ابزار ۷۵ سؤالی است که توسط یانگ برای سنجش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه (محرومیت هیجانی، طرد/ بی ثباتی، بی-اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست، وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، فداکاری،

بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی، استحقاق/ بزرگ منشی و خودکنترلی ناکافی) طراحی شده است. در این پرسشنامه هر پنج پرسش یک طرحواره را می سنجد. هر پرسش بر یک مقیاس ۶ درجه ای نمره گذاری می شود (۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست) چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲/۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است (۳۵). ویژگیهای روانسنجی این پرسشنامه توسط اسمیت، جونز، یانگ و تلج بررسی شد. این پژوهشگران نشان دادند که پرسشنامه طرحواره یانگ با مقیاس پریشانی روانشناختی و اختلال شخصیت همبستگی بالایی دارد، بنابراین از روایی ملاکی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس های این پرسشنامه بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد (۳۶). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط یوسفی انجام گرفته است. روایی همگرایی پرسشنامه با ابزارهای اندازه گیری درماندگی روان شناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتماد به نفس، آسیب پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت نیز مورد تایید قرار گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۸۷ و در جمعیت مذکر ۰/۸۴ بدست آمده است (۳۷). پس از کسب مجوز از دانشگاه، به کلینیک های مشاوره شهر تهران مراجعه گردید و ملاقات با مسئولین مراکز صورت گرفت؛ و اطلاعات مورد نیاز در مورد هدف پژوهش به آنها ارائه شد. پس از اعلام آمادگی مسئولین، پرسشنامه ها در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. توضیحات لازم درباره نحوه پاسخگویی به پرسشنامه ها به آنها داده شد و از شرکت کنندگان خواسته شد که سؤالات را با صداقت کامل جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت-کنندگان اطمینان داده شد که اجرای پرسشنامه ها صرفاً یک کار پژوهشی است، رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان اخذ شد، مشخصات آنان کدگذاری شده و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت شد. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق شماره IR.IAU. KHUISF.REC.1401.034 می باشد. داده های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل مسیر در نرم افزار SPSS و AMOS (نسخه ۲۵) تحلیل شدند.

یافته ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر بود؛ دامنه سنی ۱۷۴ نفر از شرکت کنندگان بین ۲۱ تا ۲۵ سال و ۱۲۶ نفر دیگر بین ۲۶ تا ۳۰ سال بود. ۱۵۰ نفر از افراد نمونه زن و ۱۵۰ نفر مرد بودند. توزیع شرکت کنندگان بر حسب تجربه ترومای دوران کودکی نیز بیانگر آن بود که غالب آنان تجربه سوء استفاده هیجانی را داشتند (۱۲۹ نفر). اغلب آنان تحصیلات دیپلم و کمتر از آن داشتند (۱۳۵ نفر).

آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که سطح معناداری همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین پیش فرض نرمال بودن داده ها تأیید شد. در این مدل برای متغیر افکار خودکشی از روش بسته‌های سوال استفاده شد. چرا که در پرسشنامه‌های طولانی که برای اندازه گیری هر عامل از تعداد زیادی سؤال استفاده می شود، زمانی که سؤالات انفرادی مورد تحلیل عاملی تأییدی قرار می گیرند، انتظار اینکه مدل مورد نظر با داده ها برازش داشته باشد و راه حل‌های، رضایت بخشی به دست دهد، غیرمنطقی است.

لذا، از آنجا که تعداد سؤالات پرسشنامه افکار خودکشی زیاد و فاقد مولفه بود، غیرممکن بود که مدل مورد نظر برازش رضایت بخشی با داده ها داشته باشد و مورد تأیید قرار گیرد. بنابراین، استفاده از بسته‌های سؤال به جای سؤال های انفرادی باعث افزایش اعتبار نشانگرها، کاهش تعداد پارامترهای برآورد شده، ایجاد نشانگرهایی با توزیع تقریباً نرمال و بهبود برازش مدل با داده ها می شد (۳۸). در مطالعه حاضر، بسته‌های سوال برای پرسشنامه افکار خودکشی از طریق تقسیم تصادفی سؤال های پرسشنامه به ۳ گروه و جمع کردن نمره سؤال های هر گروه، شکل گرفت. بر اساس ۱۹ سؤال، تعداد ۳ بسته سؤال برای پرسشنامه افکار خودکشی به وجود آمد.

در ادامه، اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد به همراه ضرایب همبستگی بین متغیرهای ترومای دوران کودکی و طرحواره ناسازگار اولیه با افکار خودکشی در (جدول ۱) نشان داده شد. نتایج حاکی از آن بود که تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار و مثبت بود ($p < 0.01$).

جدول ۱: توصیف آماری و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱-سوء استفاده جسمی	۱۹/۸۱	۲/۹۸	۱											
۲-سوء استفاده هیجانی	۲۱/۷۷	۲/۳۰	**./۶۲	۱										
۳-غفلت جسمی	۱۷/۰۶	۲/۸۰	**./۵۰	**./۵۷	۱									
۴-غفلت هیجانی	۲۰/۱۹	۳/۰۶	**./۲۷	**./۳۶	**./۳۵	۱								
۵-سوء استفاده جنسی	۱۶/۸۷	۲/۵۲	**./۴۷	**./۵۲	**./۴۸	**./۳۵	۱							
۶- ترومای دوران کودکی	۹۵/۷۰	۱۱/۰۳	**./۷۷	**./۸۳	**./۷۷	**./۶۳	**./۷۳	۱						
۷- طرد و بریدگی	۵۵/۷۳	۹/۵۱	**./۲۶	**./۳۰	**./۵۰	**./۱۳	**./۴۰	**./۳۱	۱					
۸- خودگردانی و عملکرد مختل	۵۲/۳۳	۶/۰۷	**./۲۶	**./۲۶	**./۵۰	**./۱۶	**./۳۸	**./۶۲	**./۲۳	۱				
۹- محدودیت‌های مختل	۴۶/۸۴	۹/۸۶	**./۲۵	**./۲۱	**./۴۴	**./۲۱	**./۳۰	**./۳۷	**./۵۶	**./۶۷	۱			
۱۰- دیگر جهت‌مندی	۴۸/۶۶	۷/۰۵	**./۲۵	**./۲۱	**./۳۴	**./۱۶	**./۲۵	**./۳۵	**./۴۱	**./۴۱	**./۴۱	۱		
۱۱- گوش به زنگی	۴۲/۱۹	۷/۴۰	**./۱۷	**./۱۹	**./۳۰	**./۱۳	**./۱۹	**./۳۷	**./۳۷	**./۳۷	**./۳۳	**./۲۸	۱	
۱۲- افکار خودکشی	۲۲/۳۶	۴/۶۵	**./۴۱	**./۴۴	**./۴۸	**./۲۳	**./۴۵	**./۵۳	**./۴۲	**./۴۵	**./۴۵	**./۴۰	**./۳۱	۱

دهنده برازش مطلوب مدل است. همچنین، شاخص‌های IFI (شاخص برازش افزایشی)، CFI (شاخص برازش تطبیقی)، GFI (شاخص برازندگی) نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر هستند. ضرایب بدست آمده حاکی از برازش مطلوب مدل بود. نتایج در (جدول ۲) گزارش شده است.

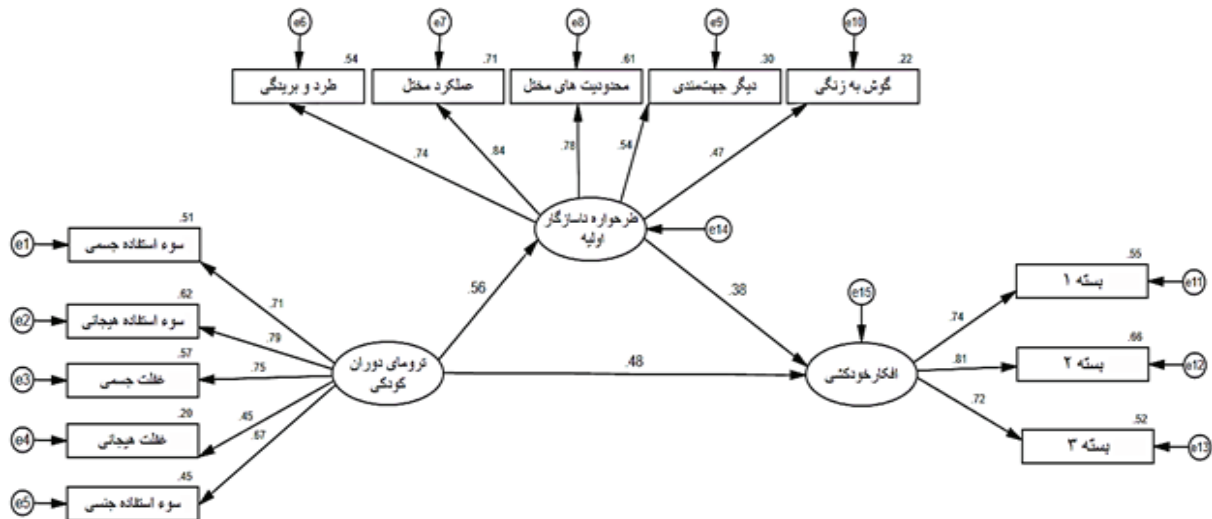
سپس، شاخص های برازش مدل مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که شاخص نسبت مجذور کای اسکوتر بر درجه آزادی (df/χ^2) در دامنه بین ۱ تا ۳ قرار دارد. شاخص ریشه میانگین مربع خطای برآورد (RMSEA) برابر ۰/۰۶ و از ۰/۰۹ کوچکتر است. شاخص ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده (SRMR) برابر با ۰/۰۵ است که نشان

جدول ۲: شاخصهای برازش مدل معادله ساختاری

شاخص برازش	χ^2/df	GFI	RMSEA	CFI	IFI	SRMR
مقدار مطلوب	≤ 3	> 0.9	< 0.09	> 0.9	> 0.9	< 0.08
مقدار مشاهده شده	۲/۴۳۵	۰/۹۳۰	۰/۰۶۹	۰/۹۴۲	۰/۹۴۳	۰/۰۵۳

دوران کودکی در تعامل با نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه در تبیین افکار خودکشی نقش دارد. همچنین، میزان واریانس تبیین شده (R2) افکار خودکشی ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر آن بود که تمامی متغیرهای مستقل و میانجی یعنی طرحواره های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی می توانند ۸۷ درصد از تغییرات افکار خودکشی را پیش بینی کنند. ضریب تعیین متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه ۰/۵۸ بود.

بعد از اتمام فاز پالایش متغیرهای مرتبط و تأیید مدل، آزمون فرضیه تحقیق انجام شد. به منظور بررسی نقش میانجی طرحواره ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی، از تحلیل معادلات ساختاری استفاده گردید. مدل بررسی شده به همراه شاخص های مربوط به برازش مدل نتایج در (شکل ۱) ارائه شده است. بررسی روابط و مدل مفهومی نشان می دهد که تمامی مسیرها در مدل تایید شده است ($P < 0.05$)؛ و متغیر ترومای



شکل ۱: ضرایب استاندارد مدل روابط ساختاری بین ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با نقش میانجی طرحواره ناسازگار اولیه

مثبت بود. معنی دار بودن وزن های مربوط به مدل اندازه گیری متغیرهای ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی نشانه معرف بودن همه شاخص ها برای متغیرهای مکنون مربوطه بود.

در ادامه، ضریب مسیر استاندارد و غیراستاندارد شده بدست آمده در (جدول ۳) گزارش شده است. اطلاعات مندرج در (جدول ۳) حاکی از آن بود که تمامی روابط مدل تایید گردید ($P < 0.05$). جهت تاثیر تمامی متغیرها بر افکار خودکشی

جدول ۳: ضرایب مدل‌های اندازه‌گیری در مدل معادله ساختاری پژوهش

P	خطای معیار	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	مسیر
۰/۰۱	۰/۰۳۳	۰/۷۱	۱	سوء استفاده جسمی ← ترومای دوران کودکی
۰/۰۱	۰/۰۳۶	۰/۷۹	۱/۲۲	سوء استفاده هیجانی ← ترومای دوران کودکی
۰/۰۱	۰/۰۲۷	۰/۷۵	۰/۹۹	غفلت جسمی ← ترومای دوران کودکی
۰/۰۱	۰/۰۲۳	۰/۴۵	۰/۶۴	غفلت هیجانی ← ترومای دوران کودکی
۰/۰۱	۰/۰۲۵	۰/۶۷	۰/۸۰	سوء استفاده جنسی ← ترومای دوران کودکی
۰/۰۱	۰/۰۳۴	۰/۷۴	۱	طرد و بریدگی ← طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۰۱	۰/۰۲۸	۰/۸۴	۰/۷۲	خودگردانی و عملکرد مختل ← طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۰۱	۰/۰۳۵	۰/۷۸	۱/۰۹	محدودیت های مختل ← طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۰۱	۰/۰۱۸	۰/۵۴	۰/۵۴	دیگر جهت‌مندی ← طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۰۱	۰/۰۱۶	۰/۴۷	۰/۴۹	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ← طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۰۱	۰/۰۳۱	۰/۷۴	۱	بسته ۱ ← افکار خودکشی
۰/۰۱	۰/۰۲۶	۰/۸۱	۰/۹۸	بسته ۲ ← افکار خودکشی
۰/۰۱	۰/۰۲۴	۰/۷۲	۰/۶۴	بسته ۳ ← افکار خودکشی

یافته‌ها حاکی از آن بود که طرحواره ناسازگار اولیه اثر مستقیم بر افکار خودکشی ندارد و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری طرحواره ناسازگار اولیه بر افکار خودکشی موثر بوده است ($P < 0/05$).

سپس، اثر مستقیم و اثر غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در (جدول ۴) گزارش شده است. مطابق نتایج در (جدول ۴) قوی‌ترین تاثیر بر افکار خودکشی مربوط به ترومای دوران کودکی با ضریب تاثیر ۰/۴۸ بود ($P < 0/05$).

جدول ۴: اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	مسیر
۰/۵۶**	-	۰/۵۶**	ترومای دوران کودکی ← طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۴۸**	-	۰/۴۸**	ترومای دوران کودکی ← افکار خودکشی
۰/۳۸**	۰/۳۸**	-	طرحواره ناسازگار اولیه ← افکار خودکشی
$0/48 + (0/38 \times 0/56) = 0/69$ **	۰/۳۸**	۰/۴۸**	ترومای دوران کودکی ← طرحواره ناسازگار اولیه ← افکار خودکشی

برای این فاصله اطمینان ۰/۹۵ است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد و از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد، بنابراین طرحواره ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی نقش واسطه‌گری دارد. لازم به ذکر است که طرحواره ناسازگار اولیه در مدل متغیر واسطه‌پاره ای است.

در آخر، برای بررسی معناداری اثر غیرمستقیم مدل از بوت استروپ (boot strap) روش درصد استفاده شد. نتایج بوت استروپ برای مسیر واسطه‌ای الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر در (جدول ۵) گزارش شده است. مطابق نتایج در (جدول ۵) حد پایین فاصله اطمینان برای طرحواره ناسازگار اولیه به عنوان متغیر میانجی بین ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی ۰/۹۶ و حد بالای آن ۰/۱۸ بود. سطح اطمینان

جدول ۵: نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیر مستقیم الگوی پژوهش

P	شاخص				مسیر
	حد بالا	حد پایین	خطا	سوگیری بوت	
۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۹۶	۰/۱۷	۰/۰۰۱	ترومای دوران کودکی ← طرحواره ناسازگار اولیه ← افکار خودکشی

بحث

پژوهش حاضر با هدف رابطه افکار خودکشی بر اساس ترومای کودکی با نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه انجام گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد که ترومای کودکی به طور مستقیم بر افکار خودکشی موثر بود؛ و طرحواره های ناسازگار اولیه به طور غیرمستقیم و معنادار رابطه بین ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی را میانجی گری می کند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش فیزیگلو و همکاران (۲۷)؛ کایا و آیدین (۲۸)؛ استیوز و همکاران (۲۹)؛ پیگینگتون و همکاران (۱۹)؛ کیم و لی (۳۰) در زمینه نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه همسو می باشد.

در تبیین اثر مستقیم ترومای دوران کودکی بر افکار خودکشی می توان گفت که تروما یک واقعه یا تجربه است که از نظر هیجانی نگران کننده و مخرب است و مانع از توانایی فرد برای مقابله می شود. ترومای بین فردی ممکن است در اوایل سال های کودکی تحت عنوان ترومای کودکی رخ دهد که در چارچوب روابط بین فردی / مراقبتی والدین و فرزند قرار می گیرد و معمولاً شامل مواجهه با اشکال مختلف اضطراب و پریشانی در قالب سوء استفاده و غفلت طولانی مدت والد و مراقب می باشد. ترومای دوران کودکی علاوه بر این که تأثیرات زیان باری در حیطه رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت روان او را در بزرگسالی نیز تهدید می کند. در واقع، یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی است. چرا که تروماهای شدید تکانشگری را افزایش می دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیتها و اعمال، و کنترل هیجان های منفی است. این تکانشگری و بازداری نکردن هیجان های منفی، رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی را افزایش می دهد (۳۴). نتایج تحقیقات فیزیگلو و همکاران (۲۷)، پژوهش کایا و آیدین (۲۸) و استیوز و همکاران (۲۹) نیز نشان داده اند که تجربه ترومای دوران کودکی می تواند زمینه ساز اقدام به خودکشی شود و همسو با یافته های پژوهش حاضر است.

همچنین دومین و مهمترین یافته پژوهش نیز نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه نقش واسطه ای پاره ای (قسمتی از اثرات ترومای دوران کودکی از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه بر افکار خودکشی انجام می شود) در رابطه بین افکار خودکشی و ترومای دوران کودکی دارد. در مورد اثر غیرمستقیم و نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه در رابطه با افکار خودکشی و ترومای دوران کودکی باید گفت که تجارب آسیب زا می تواند به صورت واقعه و یا حادثه ناملایم جسمی و یا جنسی از جانب دیگران باشد. گاهی این تجربه آسیب زا به حدی شدید و تأثیرگذار است که تبدیل به تروما می شود. افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی، به عنوان یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی و نوجوانی شناخته می شود (۱۳). از طرفی، تروما یکی از زمینه های اصلی شکل گیری طرحواره است و قدرت زیادی برای تشکیل طرحواره های ناسازگار اولیه دارد؛ و از آنجا که حوزه های طرحواره ای به عنوان عاملی مهم در حفظ و پدیدآیی اختلالات روانی به شمار می آیند، طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند در رابطه با بسیاری از متغیرهای مهم در آسیب شناسی اختلالات روانی مثل تجربه تروما و علائم اختلالات روانی مثل افکار خودکشی به عنوان عامل میانجی نقشی مهم ایفا کنند (۱۹). این طرحواره ها می توانند با نمای بالینی افسردگی و اضطراب شدید بروز کنند که از جمله علائم آنها افکار خودکشی می باشد. بنابراین افکار و امیال خودکشی و رفتارهای خود آسیب رسان به عنوان علامتی مهم در تشخیص بسیاری از اختلالات روانشناختی در نظر گرفته می شود. افکار خودکشی در برخی از اختلالات مثل افسردگی به عنوان علامت تشخیصی اختلال و در برخی از اختلالات مثل دو قطبی و اختلالات روان پریشی از جمله عوامل خطر اختلال می باشد. در واقع، افکار خودکشی یک علامت بیرونی است که حاصل اختلال های مختلف است؛ و سبکهای مقابله ای حاصل از فعال شدن طرحواره ها یک عامل میانجی است که طرحواره های ناسازگار اولیه آنها را برای کنار آمدن سازگارانه و یا ناسازگارانه با محیط فعال می کنند. برای

نتیجه گیری

براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، متغیر ترومای کودکی در تعامل با نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه در تبیین افکار خودکشی نقش داشتند. اثر مستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی تأیید گردید؛ و رابطه های ناسازگار اولیه نقش میانجی گری معنی داری در رابطه بین افکار خودکشی و ترومای دوران کودکی داشت. بنابراین، با توجه به نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه در تبیین افکار خودکشی، شایسته است که برنامه ایی جهت پیشگیری از افکار خودکشی بر مبنای حوزه های طرحواره ای تنظیم گردد. این پروتکل می تواند در پژوهشی آزمایشی مورد بررسی قرار گرفته، و در صورت تأیید، از آن برای آموزش استفاده گردد.

سیاسکزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.034 می باشد. بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

References

1. Eghdami Z, Fouladchang M. Predicting suicidal thoughts based on parental psychological control: The mediating role of mindfulness. *Journal of Psychology*. 2022; 26 (1): 1-11. [Persian]
2. Rahman ME, Saiful Islam M, Mamun MA, Moonajilin MS, Yi S. (2022). Prevalence and factors associated with suicidal ideation among university students in Bangladesh. *Archives of Suicide Research*. 2022; 26(2): 975-984. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1833800>
3. Azimi A, Yazdkhasti F, Maracy M, Ebrahimi A. Comparison of the effectiveness of culture-based psychotherapy and cognitive-behavioral therapy

مثال سرزنش خود شیوه تنظیم هیجان ناسازگارانه است که در طرحواره تنبیه و منفی گرایی به شیوه سبک مقابله ای تسلیم خود را نشان می دهد. در طرحواره آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری نیز فاجعه آمیز پنداری به شیوه سبک مقابله ای تسلیم جلوه گر می شود. این طرحواره ها می توانند در آسیب شناسی اختلالات اضطرابی و افسردگی مطرح شوند که در موارد شدید افکار خودکشی را به همراه دارد. نتایج پژوهش پیگینگتون و همکاران (۱۹)؛ کیم و لی (۳۰) نیز نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه نقش میانجی در رابطه با سبک مقابله ای، افکار و رفتار خودکشی دارد.

هر پژوهشی در کنار بدیع بودن و داشتن نقاط قوت، دارای برخی محدودیت ها نیز می باشد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبود. این پژوهش بر روی جوانان ۲۰ تا ۳۰ سال انجام شد، بنابراین در تعمیم یافته های پژوهش به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود. شیوه نمونه گیری در پژوهش حاضر به صورت دردسترس بود که تعمیم پذیری آن را با دشواری مواجه می سازد. عدم همکاری برخی آزمودنی ها و پاسخ ندادن صادقانه به پرسشنامه ها نیز از جمله محدودیت های این پژوهش بود. عدم کنترل برخی از متغیرهای تاثیرگذار بر حیطه پژوهش مانند سطح اجتماعی و اقتصادی، نوع تجربه آسیب زا و موضوعات فرهنگی از محدودیت های دیگر این پژوهش به شمار می رود. پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در جامعه پژوهشی متفاوت و ابعاد وسیع تر انجام شود و نتایج پژوهش ها با یکدیگر مقایسه گردد. پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی نمونه گیری به صورت تصادفی، با کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر پژوهش و با تفکیک جنسیت انجام شود.

- on depression and suicidal ideation for the role of brain-derived neurotrophic moderators in adolescent girls. *Advances in Cognitive Sciences*. 2022; 24(3):148-163. [Persian]
4. Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The effect of schema therapy on severity of depression and suicidal thoughts in patients with resistant to depression. *Armaghane Danesh*. 2018; 23(2): 253-266. [Persian]
5. Andriessen K, Krysinska K, Kolves K, Reavley N. Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review. *Frontiers in psychology*. 2019; 10: 2677. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>

6. Ihme H, Olié E, Courtet P, El-Hage W, Zendjidian X, Mazzola-Pomietto P, ... & Belzeaux R. Childhood trauma increases vulnerability to attempt suicide in adulthood through avoidant attachment. *Comprehensive psychiatry*. 2022; 152333. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152333>
7. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, ... & Clarke MC. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021; 143(3): 189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
8. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2021; 211: 173291. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
9. Ertek İE, İlhan MN, Dikmen AU, Gözükar M. Prevalence and association of childhood traumas, dissociative experiences and post traumatic stress disorder. *GMJ*. 2022; 33: 134-139. <https://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/3070> <https://doi.org/10.12996/gmj.2022.32>
10. Back SN, Flechsenhar A, Bertsch K, Zettl M. Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Current Psychiatry Reports*. 2021; 23(9): 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01265-5>
11. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2021; 211: 173291. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
12. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski JK. Childhood trauma in mood disorders: neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacological Reports*. 2019; 71(1): 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2018.10.004>
13. Alter S, Wilson C, Sun S, Harris RE, Wang Z, Vitale A, ... & Haghghi F. The association of childhood trauma with sleep disturbances and risk of suicide in US veterans. *Journal of psychiatric research*. 2021; 136: 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.030>
14. Tripp DA, Jones K, Mihajlovic V, Westcott S, MacQueen G. Childhood trauma, depression, resilience and suicide risk in individuals with inflammatory bowel disease. *Journal of Health Psychology*. 2022; 27(7): 1626-1634. <https://doi.org/10.1177/1359105321999085>
15. Başer Baykal N, Erden Çınar S. (2022). Understanding early maladaptive schemas formation with traumatic experiences in childhood: A qualitative study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2022; 1-19. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2088320>
16. Nicol A, Kavanagh PS, Murray K, Mak AS. Emotion regulation as a mediator between early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury in youth. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2022; 3(32): 161-170. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.05.001>
17. Peeters N, Van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
18. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, ... & Farrell JM. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2022; 79(4): 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
19. Pilkington P, Younan R, Bishop A. Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021; 3: 100051. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
20. Taylor CD, Harper SF. Early maladaptive schema, social functioning and distress in psychosis: a preliminary investigation. *Clinical psychol*. 2017; 21(2): 135-142. <https://doi.org/10.1111/cp.12082>
21. Wibbelink CJM, Arntz A, Grasman RPPP, Sinnaeve R, Boog M, Bremer OMC, Dek ECP, Alkan SG, James C, Koppeschaar AM, Kramer L, Ploegmakers M, Schaling A, Smits FI, Kamphuis JH. Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): A study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior therapy. *BMC Psychiatry*. 2022; 22: 89. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03670-9>
22. Calvete E, Orue I, González-Diez Z. An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of*

- Psychological Assessment. 2013; 29(4): 283-290. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000158>
23. Renner F, Lobbstaël J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*. 2012; 136(3): 581-590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
 24. Barazandeh H, Kissane DW, Saeedi N, Gordon M. A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*. 2016; 94: 130-139. [Persian] <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.021>
 25. Ociskova M, Prasko J, Kantor K, Hodny F, Kasyanik P, Holubova M, ... & Belohradova KM. Schema therapy for patients with bipolar disorder: Theoretical framework and application. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2022; 18: 29. <https://doi.org/10.2147/NDT.S344356>
 26. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of Suicide Research*. 2021; 1-34. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999872>
 27. Feyzioğlu A, Taşlıoğlu Saymer AC, Özçelik D, Tarımtay Altun F, Budak EN. The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between early childhood trauma and alexithymia. *Current Psychology*. 2022; 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02988-1>
 28. Kaya Y, Aydın A. The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between attachment and mental health symptoms of university students. *Journal of Adult Development*. 2021; 28(1): 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105539>
 29. Estévez A, Ozerinjauregi N, Herrero-Fernández D, Jauregui P. The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019; 34(4): 763-784. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>
 30. Kim B, Lee E. The role of avoidance coping and problem-focused style of coping in the association between early maladaptive schemas and suicide ideation in depressive disorder patients: A moderated mediation model. *Korean Journal of Stress Research*. 2021; 29(4): 283-292. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2021.29.4.283>
 31. Westland JC. Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic commerce research and applications*. 2010; 9(6): 476-487. <https://doi.org/10.1016/j.eierap.2010.07.003>
 32. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicidal Ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*. 1988; 44(4): 499-505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6)
 33. Bernstein D, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151: 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
 34. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4): 275-282.
 35. Young J. The Young Schema Questionnaire: Short Form; 1998. Available at <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs.htm> <https://doi.org/10.1037/t12644-000>
 36. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 1995; 19: 295-321. <https://doi.org/10.1007/BF02230402>
 37. Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 20012; 4(52): 356-373.
 38. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling 4th ed. New York, NY: Routledge; 2015. <https://doi.org/10.4324/9781315749105>