

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان

ترانه موذنی، سیمین غلامرضایی*، فاطمه رضایی

گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۶/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: مدل طرح‌واره‌های درمانی بر نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در اختلالات روانشناختی تأکید زیادی دارد. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. از میان بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های نفت و صدوقی اصفهان، ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۲ هفته تحت طرح‌واره درمانی قرار گرفت. در این مدت برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله درمانی صورت نگرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های افسردگی بک (BDI-II) و سیاهه افکار خودکشی بک (BSSI) بود که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و افکار خودکشی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه به طور معنی‌داری کاهش بیشتری پیدا کرده است ($p < 0.001$). به عبارت دیگر، جلسه‌های طرح‌واره درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان شده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که طرح‌واره درمانی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان مورد استفاده قرار بگیرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود روانشناسان و روان‌پزشکان از طرح‌واره درمانی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، شدت افسردگی، افکار خودکشی، افسردگی مقاوم به درمان

* نویسنده مسئول: سیمین غلامرضایی، خرم آباد، دانشگاه لرستان، گروه روانشناسی

Email: gholamrezaei_s@yahoo.com

مقدمه

افسردگی اساسی، بعضی از مطالعه‌ها نشان می‌دهد که ۳۰ درصد از کسانی که تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفته‌اند مجدداً دوره‌های برگشت داشته‌اند (۷). همچنین کاسیز و همکاران (۸) نشان دادند که حتی اضافه شدن رفتار درمانی شناختی به دارو درمانی منجر به بهبودی TRD نگردد. بنابراین، بهتر است از درمان‌هایی که برای افراد مقاوم به درمان طراحی شده است استفاده گردد تا در زمان و هزینه صرفه‌جویی شود. یکی از این درمان‌ها، طرح‌واره درمانی می‌باشد (۹):

بر اساس نظریه طرح‌واره درمانی (۱) بیماران مبتلا به اختلالات خلقی (۷) طرح‌واره‌های ناسازگاری (۸) دارند که منجر به تشدید نشانه‌های این اختلال می‌شود. طرح‌واره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی (۹) به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده و گمانه زنی‌های نادرست، هدف و چشم داشت‌های غیر واقع بینانه مشخص می‌شوند (۱۰). رویکرد طرح‌واره درمانی، بر الگوهای خود ویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوها

علی‌رغم پیشرفت در علت‌شناسی، داروشناسی روانی (۱) و مشخصه‌های زیستی عصبی و همچنین معرفی چندین طبقه از داروهای ضد افسردگی (۲) حدود ۱۰ تا ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۳) به داروهای ضد افسردگی پاسخ نمی‌دهند (۲ و ۱) و نشانه‌های مقاومت در برابر درمان را نشان می‌دهند که این امر سبب افزایش مشکل در کارکردهای شغلی - اجتماعی، سلامت جسمانی و افکار خودکشی (۴) شده و باعث استفاده هر چه بیشتر از سرویس‌های خدمات بهداشت روانی می‌گردد (۳). بدین ترتیب افسردگی مقاوم به درمان (۵) یک مشکل عظیم برای دست اندرکاران بهداشت روانی تلقی می‌گردد. افسردگی مقاوم به درمان همان افسردگی اساسی است که به یک یا دو دوره دارو درمانی (با دوز و مدت زمان کافی) پاسخ نمی‌دهد (۴). بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ها توالی‌های متناوب برای تسکین افسردگی، ۵۰ تا ۶۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی اساسی بعد از یک دوره درمانی به بهبودی کامل نمی‌رسند و فقط حدود یک سوم از آن‌ها به درمان پاسخ می‌دهند و به بهبودی می‌رسند (۵).

همچنین مطالعه‌های دیگری نیز هستند که محدودیت‌های دارو درمانی برای اختلال افسردگی اساسی را نشان داده‌اند (۶). از سوی دیگر با وجود موفقیت‌های رفتار درمانی شناختی در درمان اختلال

-
- 1-Psychopharmacology
 - 2-Anti-Depression
 - 3-Major Depressive Disorder
 - 4-Suicide Ideation
 - 5-Treatment Resistance Depression
 - 6-Schema Therapy
 - 7-Affective disorder
 - 8-Maladaptive schemas
 - 9-nterpersonal psychopathology
 - 10-Early Maladaptive Schems

بازداری هیجانی^(۱۶)، معیارهای سرسختانه، تنبیه).
مطالعات از نقش آن‌ها در افسردگی حمایت می‌کنند
(۱۲):

با توجه به این که دوره‌های افسردگی ممکن
است به عنوان تجارب ناخوشایند ادراک شوند، به
نظر می‌رسد که این تجارب، باورهای ناکارآمدی را
در مورد افسردگی و پیامدهای آن ایجاد می‌کند.
بعدها رویدادهایی که با این طرح‌واره‌ها هم‌خوان
هستند (مانند خلق منفی، بی لذتی، کاهش یا افزایش
خواب و اشتها، عدم تمرکز و خستگی) منجر به فعال
شدن این طرح‌واره و شکل‌گیری یک دوره جدید
افسردگی یا به عبارت دیگر عود افسردگی می‌شوند و
در نتیجه درمان‌پذیری را کاهش می‌دهند (۱۴ و ۱۳).
بنابراین، پرداختن به این بخش از ویژگی‌های روانی
افراد افسرده ضروری به نظر می‌رسد، چون از سوی
دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند طرح‌واره‌ها در افراد
مقاوم به درمان حتی با وجود مصرف دارو می‌توانند
در یک دوره ۹ ساله ثبات خود را حفظ کنند (۱۵).
طرح‌واره درمانی بر پنج سازه نظری متصور است:

- 1-Temperment
- 2-Childhood Trauma
- 3-Disconnection and Rejection
- 4-Aandonment,
- 5-Mistrust
- 6-Emotional Deprivation
- 7-Social Isolation
- 8-Impaired Autonomy and Performance
- 9-Dependence
- 10-Vulnerability to Illness
- 11-Enmeshment
- 12-Defectiveness
- 13-Impaired limits
- 14-Insufficient Self-Control
- 15-Other Directedness
- 16-Emotional Inhibition

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^(۱۰) نامیده می‌شوند. این
دسته از طرح‌واره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری
مشکلات روان شناختی می‌انجامد. طرح‌واره‌های
آسیب‌رسانی که از جریان اولیه‌ی رشد آغاز و در
طول زندگی تداوم می‌یابد (۹).

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح
ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با
محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص
فعال می‌شوند (۱۱). در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها خلق و
خوی^(۱) ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به
ویژه آسیب‌های کودکی^(۲) تعامل می‌کنند و به طور
خاص‌تر، این طرح‌واره‌ها در صورتی به طرح‌واره‌های
ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روانشناختی فرد
(مثل نیازهای استقلال، محبت و دلبستگی) برآورده
نشوند (۹).

یانگ و همکاران (۹) ۱۸ طرح‌واره ناسازگار را
مشخص کرده‌اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند:
حوزه بریدگی و طرد^(۳) (رهاشدگی^(۴)، بی اعتمادی^(۵)،
محرومیت هیجانی^(۶)، نقص و شرم، انزوای
اجتماعی/بیگانگی^(۷))، حوزه خودگردانی و عملکرد
مختل^(۸) (وابستگی/بی‌کفایتی^(۹)، آسیب‌پذیری نسبت به
ضرر و زیان^(۱۰)، خود تحول نیافته/گرفتار^(۱۱)،
شکست^(۱۲))، حوزه محدودیت‌های مختل^(۱۳)
(استحقاق/بزرگ منشی، خویشتن داری و خود
انطباقی ناکافی^(۱۴))، حوزه دیگر جهت‌مندی^(۱۵) (اطاعت،
ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به
زنگی بیش از حد و بازداری (منفی‌گرایی/بد بینی،

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، قلمروهای طرح‌واره، تداوم طرح‌واره، اجتناب طرح‌واره و جبران طرح‌واره. طرح‌واره درمانی جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را در بر می‌گیرد و اساساً برای مشکلات رفتاری و هیجانی که دوام زیاد دارند، به کار برده می‌شود (۹) و از آن جا که افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان مشکلات هیجانی پایداری دارند، انتظار می‌رود به بهبودی آن‌ها کمک کند. در این راستا، پژوهش‌ها از اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افسردگی اساسی حمایت می‌کنند (۱۶-۲۱)، اما تا کنون هیچ مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر روی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان نپرداخته است. بنابراین، هدف این مطالعه تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مقاوم به درمان شهر اصفهان تشکیل می‌دادند که از خرداد ماه ۱۳۹۴ تا تیرماه ۱۳۹۵ به بخش روانپزشکی بیمارستان‌های شرکت نفت و صدوقی اصفهان مراجعه کردند. از میان این جامعه آماری با توجه به حجم اثر ۰/۵۰ در سطح ۰/۰۵ و با توان آزمون ۹۷ (۲۲) تعداد ۳۰ (۱۱ مرد،

۱۹ زن) نفر با میانگین سنی $۳۳/۵۳ \pm ۹/۶۳$ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی در دو گروه طرح‌واره درمانی و گروه گواه گماشته شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از؛ دریافت نمره بالای ۱۹ در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، دریافت تشخیص اختلال افسردگی اساسی در مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات محور یک، مصرف داروهای ضد افسردگی در یک دوره حداقل ۳ ماهه، وجود افکار خودکشی (دریافت نمره ۱۹-۶ در مقیاس خودکشی بک)، داشتن سن بین ۱۹ تا ۵۰. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر بودند؛ دریافت تشخیص اختلال دو قطبی، دریافت تشخیص شخصیت مرزی در مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات محور دو، مصرف داروهای ضد افسردگی در حال حاضر، داشتن بیماری‌های فیزیکی و پزشکی، وابستگی به مواد، وجود خطر بالا و برنامه برای اقدام به خودکشی (نمره بالاتر از ۱۹ در مقیاس خودکشی بک یا پاسخ مثبت به سوال آیا برنامه عملی برای اقدام به خودکشی دارید؟) و دریافت روان درمانی در ۱۲ ماهه گذشته (به منظور کنترل اثر انتقال، تعامل و اثرات تأخیری درمان).

برای اجرای این پژوهش از میان مراجعه‌کنندگان به بخش روانپزشکی بیمارستان‌های شرکت نفت و صدوقی اصفهان کسانی که براساس مصاحبه روانپزشک نشانه‌های افسردگی

محور یک و دو (SCID-I و SCID-II). SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر (Clinical Version) و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده گردید. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها شایع تر هستند، را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاهتر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد. این نسخه شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روانپریشی، اختلال‌های روان پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد. CID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به کار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می‌دهد. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون‌طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است. هم‌چنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (۲۳).

پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II): این پرسشنامه که به وسیله بک، استیر و بروان برای سنجش شدت افسردگی ساخته شده از ۲۱ ماده تشکیل شده که هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ دارد. هر فرد می‌تواند نمره بین ۰ تا ۶۳ را کسب کند و هرچه نمرات بالاتر باشند نشان دهنده افسردگی بیشتر است. نمره صفر تا ۱۳ نشان دهنده افسردگی جزئی یا عدم وجود افسردگی، نمره ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ نشان دهنده

اساسی را داشتند و حداقل به مدت ۳ ماه داروهای ضدافسردگی مصرف می‌کردند با رضایت آگاهانه درخواست گردید تا در یک فرصت جداگانه با دریافت هزینه ایاب و ذهاب برای بهره‌مندی از خدمات روانشناختی رایگان مراجعه‌کنندگان به بخش روانپزشکی بیمارستان‌های شرکت نفت و صدوقی مراجعه کنند. از میان مراجعه‌کنندگان براساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو ۳۰ نفر ملاک‌های پژوهش حاضر را برآورد کردند که به صورت تصادفی ۱۵ نفر از آنها در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه گماشته شدند. سپس نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس افکار خودکشی بک در مرحله پیش‌آزمون اجرا گردید. بعد از اتمام سنجش اولیه فرایند اصلی مداخله برای گروه آزمایش شروع شد و بعد از ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس دو مقیاس یاد شده از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. البته در فرایند مطالعه ۲ نفر (یک نفر از گروه آزمایشی و یک نفر از گروه کنترل) ریزش کردند و تعداد نمونه به ۲۸ نفر تقلیل یافت. برای رعایت شرایط اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام مطالعه گروه کنترل به مدت ۸ جلسه تحت درمان طرح‌واره درمانی قرار گرفت. محتوای جلسه‌های طرح‌واره درمانی برای گروه آزمایش در جدول ۱ قابل مشاهده است.

در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده

گردید: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات

افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید می‌باشد. بک و همکاران ثبات درونی این پرسشنامه را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (۲۴). مطالعه‌های مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه با خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا، خودکارآمدی و عملکرد مدرسه، نامیدی و تحریف‌های شناختی و عقاید خودکشی همبسته است. این یافته‌ها بیانگر روایی مناسب این سازه با سازه‌های دیگر است (۲۶ و ۲۵).

مقیاس افکار خودکشی بک: این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری نگرش، رفتار و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده و بر اساس

مقیاس سه درجه نقطه ای از ۰-۲ تنظیم شده است. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰-۳۸ متغیر می‌باشد نمره ۰-۵ نشان دهنده عدم وجود افکار خودکشی، ۱۹-۱۶ داشتن افکار خودکشی و ۲۰-۳۸ آمادگی جهت خودکشی می‌باشد. هولی و همکاران (۲۷) همسانی درونی آن را ۰/۹۵ برآورد کرده‌اند. آنها همچنین حساسیت و دقت آن را به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۹ به دست آوردند. در ایران نیز این مقیاس از پایایی بالایی برخوردار بوده که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۵ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۰/۷۴ به دست آمده است (۲۸). همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده گردید.

جدول ۱: محتوای جلسه‌های طرح‌واره درمانی

جلسه	خلاصه محتوای مداخله
۱	معرفی، پیش‌آزمون، ایجاد تفاهم، طرح اولیه مشکل به وسیله مراجع، تکلیف: تکمیل فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ.
۲	فرمول‌بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرح‌واره - محور، سنجش تاریخچه‌ای، سنجش طرح‌واره‌ها، تکلیف: تکمیل پرسشنامه سبک فرزندپروری.
۳	فرضیه‌سازی درباره طرح‌واره‌ها، تصویرسازی ذهنی، آموزش به بیمار درباره طرح‌واره‌ها، تکلیف: تکمیل پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای یانگ.
۴	بررسی راهبردهای مقابله‌ای، غلبه بر اجتناب طرح‌واره‌ای، تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرح‌واره مدار. تکلیف: شناسایی و یادداشت اجتناب طرح‌واره‌ای.
۵	آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها در دوره‌های متفاوت زندگی، بررسی شواهد موافق و مخالف از دوران کودکی تا بزرگسالی، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره‌ها ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، تکلیف: تهیه لیست از شواهد تأییدکننده و ردکننده طرح‌واره.
۶	آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها، تبدیل طرح‌واره به افکار بنیادی سه‌گانه و آزمودن آنها، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، تکلیف: تهیه لیست از مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای.
۷	آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها، ارایه منطق تکنیک‌های تجربی، آموزش و تدوین کارت‌های آموزشی طرح‌واره، تکلیف: تدوین کارت‌های آموزشی مشابه برای مقابله با طرح‌واره.
۸	برقراری گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم و آموزش تکنیک، تصویرسازی به منظور مداخله، گفتگوی خیالی، تکلیف: استفاده از کارت‌های آموزشی و برقراری گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم.
۹	کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی حد و مرزدار، بازسازی خاطرات آسیب‌زا به منظور بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و دریافت حمایت و آرامش، نوشتن نامه به افراد مهم زندگی، تکلیف: نوشتن نامه به افراد مهم زندگی.
۱۰	الگوشکنی رفتاری، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، بازنگری مزایای و معایب ادامه رفتار، تکلیف: تهیه لیست از مزایا و معایب رفتارهای طرح‌واره محور.
۱۱	الگوشکنی رفتاری، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، شناسایی موانع تغییر رفتار، تکلیف: تهیه لیست از موانع تغییر رفتار.
۱۲	الگوشکنی رفتاری، غلبه بر موانع تغییر رفتار، گفتگوی بین جنبه سالم و جنبه مانع، پس‌آزمون.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه نشان داد که سطح سواد ۵ نفر (۱۶/۷ درصد) راهنمایی، ۱۲ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۱۰ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) لیسانس بودند و ۱۳ نفر (۴۳/۳ درصد) از آن‌ها مجرد، ۱۶ نفر (۵۳/۳ درصد) متأهل و یک نفر (۳/۳ درصد) مطلقه بود. بررسی مدت زمان مصرف دارو نیز نشان داد که ۷ نفر (۲۲/۳ درصد) از آن‌ها ۳ ماه بود که دارو مصرف می‌کرد، در حالی که ۱۲ نفر (۴۰ درصد) ۴ ماه، ۵ نفر (۱۶/۷ درصد) ۵ ماه، ۶ نفر (۲۰ درصد) ۶ ماه بود که داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کردند.

برای تجزیه و تحلیل اثربخشی طرح‌واره درمانی (متغیر مستقل) بر شدت افسردگی و افکار خودکشی (متغیرهای وابسته) ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مفروضه‌های هم‌خطی چندگانه ($0/80 < \text{همبستگی بین متغیرهای وابسته}$)، بهنجار بودن متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ($p > 0/05$)، همگنی واریانس‌ها ($p > 0/05$) و برابری کوواریانس متغیرهای وابسته ($p > 0/05$) رعایت شده است. جدول ۲ اطلاعات

توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، نمرات پس‌آزمون شدت افسردگی و افکار خودکشی در گروه طرح‌واره درمانی کاهش بیشتری داشته است. آزمون چند متغیری (جدول ۳) نشان می‌دهد که بین دو گروه با کنترل پیش‌آزمون در نمرات پس‌آزمون شدت افسردگی و افکار خودکشی تفاوت معنی‌داری ($F(2, 25) = 33/45, p < 0/0001$) وجود دارد.

جدول ۳ فقط معنی‌داری چند متغیری را نشان می‌دهد، برای بررسی این که بین دو گروه در کدامیک از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد، آزمون اثرات بین‌گروهی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۴). همان‌طوری که جدول ۴ نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون بین گروه طرح‌واره درمانی و گروه گواه در متغیرهای شدت افسردگی ($F(1, 26) = 45/64, p < 0/0001$) و افکار خودکشی ($F(1, 26) = 91/78, p < 0/0001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با مراجعه به جدول ۲ می‌توان گفت که شدت افسردگی و افکار خودکشی در گروه طرح‌واره درمانی کاهش بیشتری داشته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و افکار خودکشی به تفکیک گروه‌های نمونه.

متغیر وابسته	مراحل	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
شدت افسردگی	پیش‌آزمون	طرح‌واره درمانی	۳۴/۴۷	۵/۴۲
	پیش‌آزمون	گواه	۳۵/۳۲	۴/۶۲
	پس‌آزمون	طرح‌واره درمانی	۲۰	۴/۹۴
	پس‌آزمون	گواه	۳۳/۸۷	۵/۳۶
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	طرح‌واره درمانی	۱۴/۵۳	۲/۷۲
	پیش‌آزمون	گواه	۱۱/۵۳	۳/۱
	پس‌آزمون	طرح‌واره درمانی	۷/۳۳	۲/۵۸
	پس‌آزمون	گواه	۹/۲۰	۲/۸۵

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) بر روی میانگین پس‌آزمون‌های شدت افسردگی و افکار خودکشی در دو گروه آزمایشی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

منابع تغییرات	نوع آزمون	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	معنی داری	مجذور اتا
عرض از مبدأ	لامبدای ویلکز	۰/۹۱	۱/۲۹	۲	۲۵	۰/۲۹	۰/۰۹
پیش‌آزمون شدت افسردگی	لامبدای ویلکز	۰/۷۵	۱/۴	۲	۲۵	۰/۰۲۹	۰/۲۵
پیش‌آزمون افکار خودکشی	لامبدای ویلکز	۰/۳۶	۲۲/۴۴	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴
عضویت گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۲۷	۳۳/۴۵	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری بر روی میانگین‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
شدت افسردگی	پیش‌آزمون	۱۷۸/۴۱	۱	۱۷۸/۴۱	۸/۲۸	۰/۰۰۸	۰/۰۸
	گروه	۴۱/۹۸۳	۱	۴۱/۹۸۳	۴۵/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴
	خطا	۵۰۸/۱۸	۲۶	۲۱/۵۴			
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۱۱۷/۰۵	۱	۱۱۷/۰۵	۴۴/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
	گروه	۹۱/۷۸	۱	۹۱/۷۸	۳۴/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷
	خطا	۶۸/۶۶	۲۶	۲/۶۴			

بحث

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به اهمیت آسیب‌های دوران کودکی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان (۳۱) و تأکید طرح‌واره درمانی بر باورهای ناکارآمد به وجود آمده در دوران کودکی تا بزرگسالی از اصول و فنون زیادی (از قبیل؛ بازوالدینی حد و مرزدار) استفاده می‌کند تا آن‌ها را بازسازی و تغییر دهد. در این راستا، می‌توان گفت، عناصر طرح‌واره درمانی متشکل از رویکردهای شناختی-رفتاری، گشتالت، دلبستگی، روابط شیئی، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی می‌باشد (۹)، این در حالی است که مطالعه‌های قبلی حاکی از مختل شدن روابط شیئی در بیماران افسرده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مقاوم به درمان شهر اصفهان صورت گرفت. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که طرح‌واره درمانی به طور معنی‌داری منجر به کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی می‌شود. این یافته با مطالعاتی که طرح‌واره درمانی را اثربخش برای افسردگی یافتند (۲۹، ۱۶-۲۰) هم‌خوان می‌باشد. این مطالعه هم‌چنین با یافته زره‌پوش و همکاران (۳۰) و رنر و همکاران (۲۱) که طرح‌واره درمانی را برای افراد مبتلا به افسردگی مزمن به کار گرفتند همسو می‌باشد.

آن را نادیده می‌گیرند و این روند را در کلیه سطوح زندگی تداوم می‌بخشند. طرح‌واره درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشه طرح‌واره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد جهت شناسایی موقعیت برانگیزاننده طرح‌واره، تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین کردن رفتارهای سالم در زندگی است، که موجب آگاهی فرد نسبت به طرح‌واره‌ها می‌شود و زمینه تغییر را در فرد و به تبع آن در روابط بین‌فردی و درون‌فردی فراهم می‌کند (۹ و ۱۷).

همچنین تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود‌یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا سازد. از سوی دیگر بیماران می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه‌آزمایی طرح‌واره‌ها بپردازد و با برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌شود. استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌گردد فرد طرح‌واره‌های اصلی را شناخته، ریشه‌های تحولی آن را درک کرده و این ریشه‌ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این موجب ارتقاء درک بیمار و کمک به او در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی می‌شود. در تکنیک گفتگوی خیالی، بروز هیجان‌ات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه

مقاوم به درمان و غیر مزمن است (۳۰). همچنین مطالعه‌ها حاکی از ضعف بیشتر روابط والد-فرزندی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان در دوران کودکی نسبت به افسردگی اساسی است (۳۲) و دلبستگی ناایمن نیز بیشتر در افراد مبتلا به افسرده مقاوم به درمان نسبت به افسردگی اساسی نشان داده شده است (۳۳). در نتیجه منطقی به نظر می‌رسد که طرح‌واره درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف (دلبستگی و روابط شیئی) در قالب یک مدل درمانی در درمان بیماران مبتلا به افسرده مقاوم به درمان مؤثر واقع شود.

به صورت کلی، در تبیین اثربخشی و مؤثر بودن طرح‌واره درمانی باید بیان داشت، طرح‌واره درمانی با کار بر روی ابعاد چند وجهی فرد زمینه تغییر را فراهم می‌کند که این ابعاد شامل بعد شناختی، تجربی، عاطفی و رفتاری هستند. در بعد شناختی، طرح‌واره درمانی با کارکردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرح‌واره‌ها کمک می‌کند تا بیماران به ریشه افکار خود، آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرح‌واره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره، طرح‌واره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند. افراد مبتلا به افسردگی طی سال‌های متمادی اطلاعات هم‌خوان با طرح‌واره را برجسته می‌کنند و اطلاعات ناهم‌خوان با

هیجانی مهیا ساخته و باعث فاصله گرفتن از طرح‌واره‌ها می‌شود. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی می‌گردد و از سویی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی می‌گردد و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان می‌یابند (۹). بر اساس دیدگاه یانگ و همکاران (۹) هدف طرح‌واره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده بیمار است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شود، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌سازد چرا که طرح‌واره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردد. به عبارت دیگر، در بعد عاطفی، طرح‌واره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی که به باور هیجانی گره خورده است را به چالش می‌اندازد تا بیمار در جلسه درمان با طرح‌واره هایش علاوه بر سطح شناختی در سطح عاطفی نیز بجنگد. این تکنیک، به تخلیه هیجانی فرد کمک می‌کند تا فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده‌اش را که منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار شده بشناسد (۹).

یکی دیگر از بخش‌های رویکرد طرح‌واره درمانی، تمرکز روی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد (بعد رفتاری) بیماران است که از دوران کودکی شکل

گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده است. بر اساس مطالعه‌های انجام شده، تغییر دادن سبک مقابله‌ای در افراد مبتلا به اختلال افسردگی با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه بوده است (۲۰) که طرح‌واره درمانی با به کار بردن تکنیک‌های مربوط به تغییر دادن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار (مثل استفاده از فلش کارت‌ها)، سعی در تغییر دادن این سبک‌ها در بیماران می‌کند. به عبارت دیگر، طرح‌واره درمانی با استفاده از تکنیک‌های رفتاری در سبک زندگی بیماران، انتخاب مسیر درست زندگی که عامل مهمی در تداوم طرح‌واره‌ها در فرایند زندگی هستند، نیز تغییرات چشمگیری به وجود می‌آورد و در نهایت به بهبود طرح‌واره‌ها کمک می‌کند و میزان میل به خودکشی را بر اساس منطق و شناخت درست قرار می‌دهد (۹).

این مطالعه نیز مثل همه پژوهش‌ها خالی از محدودیت نبود. یکی از این محدودیت‌ها به قابلیت تعمیم نتایج مربوط می‌شود، چون از نمونه‌های در دسترس استفاده گردیده است. استفاده از ابزارهای خودسنجی برای گردآوری داده‌ها که خطر سوگیری دارند و نبودن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش هستند، چون بررسی پایداری اثرات درمانی به ویژه در افراد مقاوم به درمان خیلی مهم به نظر می‌رسد. همچنین عدم دسترسی به تعداد مطلوب و یکسانی از شرکت‌کنندگان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد، چون همه افراد افسرده دوره‌های یکسان افسردگی را تجربه نمی‌کردند و حتی

به یک اندازه دارو مصرف نکرده بودند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های آتی از این محدودیت‌ها اجتناب گردد و اثربخشی این درمان با درمان‌های نوظهور به ویژه طرح‌واره درمانی هیجانی که دامدار طرح‌واره درمانی هستند، مورد مقایسه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بنابراین، به صورت کلی می‌توان گفت رویکرد طرح‌واره درمانی به عنوان یک رویکرد مؤثر در درمان افسردگی مزمن قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری می‌باشد. هم‌چنین گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین بخش روانپزشکی بیمارستان های شرکت نفت و صدوقی اصفهان و کلیه شرکت کنندگانی که نویسندگان را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

REFERENCES

1. Keller MB. Issues in treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(8): 5-12.
2. Gibson TB, Jing Y, Smith Carls G, Kim E, Bagalman JE, Burton WN, et al. Cost burden of treatment resistance in patients with depression. *Am J Manag Care* 2010; 16(5): 370-7.
3. Ward MP, Irazoqui PP. Evolving refractory major depressive disorder diagnostic and treatment paradigms: toward closed-loop therapeutics. *Front Neuroeng* 2010; 31(3): 7.
4. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med* 2007; 37(3): 307-17.
5. Kennedy SH, Giacobbe P. Treatment resistant depression--advances in somatic therapies. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19(4): 279-87.
6. Parker GB, Crawford J, Hadzi-Pavlovic D. Quantified superiority of cognitive behaviour therapy to antidepressant drugs: a challenge to an earlier meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(2): 91-7.
7. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(4): 658-70.
8. Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum BO, Klein DN, Trivedi MH, Manber R, et al. Investigators. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the revamp Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(11): 1178-88.
9. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford; 2003; 114-6.
10. Seavey A, Moore TM. Schema-focused therapy for major depressive disorder and personality disorder: A case study. *Clin Case Stud* 2012; 11(6): 457-73.
11. Thimm JC. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41(1): 52-9.
12. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord* 2012; 136(3): 581-90.
13. Rezaei M, Gholamrezaei S, Sefhvandi MA, Ghazanfari F. The potency of early maladaptive schemas and personality dimensions in prediction of depression. *J Thought & Behav Clin Psychol* 2013; 8(29):77-86.
14. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(2): 317-28.
15. Dozois DJ. Stability of negative self-structures: a longitudinal comparison of depressed, remitted, and nonpsychiatric controls. *J Clin Psychol* 2007; 63(4): 319-38.
16. Rezaei M, Ghadampur E, Rezaei M, Kazemi R. Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychol* 2015; 7(4): 45-58.
17. Rezaei M, Ghazanfari F, Rezaei F. Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2016; 24(1): 41-54.
18. Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42(4): 473-80.
19. Fritz R, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2013; 20(2): 166-80.
20. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; 45(3): 319-29.
21. Renner F, Arntz A, Peeters F, Lobbestael J, Huibers MGH. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 51: 63-73.
22. Stevens JP. *Intermediate Statistics: A Modern Approach*. 3rded. New York: Lawrence Erlbaum Asso; 2007; 149.

23. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah DE. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). *J Pers Disord* 1997; 11(3): 279-84.
24. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2000.
25. Rajabi Qh, Karjoo Kasmai S, Jabbari H. The effect of cognitive couple therapy on decrease of depression and increase of marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 4(8): 9-17.
26. Byrne BM, Baron P, Larsson B, Melin L. The Beck Depression Inventory: testing and cross-validating a second-order factorial structure for Swedish nonclinical adolescents. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 345-56.
27. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruutu T, Heilä H, et al. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry* 2005; 3(5): 8-18.
28. Madahi ME, Madah L. Effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing depression and suicide thoughts in girl students. *Journal of School Psychology* 2014; 3(3): 136-43.
29. Darabi A, Borjali A, Azami Y. Comparison of efficacy of schema therapy cognitive and emotional techniques on early maladaptive schemas reduction of depressed persons. *Clinical Psychology Studies* 2015; 5(18): 143-66.
30. Zerehpoush A, Taher Neshatdoust H, Asgari K, Abedi MR, Hossein Sadeghi Hosniji A. The effect of schema therapy on chronic depression in students. *J Res BehavSci* 2012; 10(4): 285-91.
31. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 15(190): 47-55.
32. Lizardi H, Klein DN, Ouimette PC, Riso LP, Anderson RL, Donaldson SK. Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *J Abnorm Psychol* 1995; 104(1): 132-9.
33. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1996; 61(4): 22-31.

The Effect of Schema Therapy on Severity of Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Resistant to Depression

Mozamzadeh T, Gholamrezai S*, Rezaei F

Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Received: 29 Aug 2017

Accepted: 14 Mar 2018

Abstract

Background & Aim: Therapeutic schemas model emphasizes the role of early maladaptive schemas in psychological disorders. The aim of this study was to determine the effectiveness of schema therapy on the severity of depression and suicidal thoughts in patients with depressive disorder.

Methods: This research was a semi experimental study using pre-test and post-test with control group. among all patients with treatment resistance depression visited in Naft and Sadooghi hospital of Tehran, 30 patients were selected through inclusion-exclusion criteria and availability sampling method then randomly were assigned into two equal experimental (15 persons) and control (15 persons) groups. Experimental group experienced 12 weeks of schema therapy, while control group were just followed. Beck depression inventory (BDI-II) and Beck suicide scale ideation (BSSI) were used in pre-test and post-test as the. Data were analyzed by Mancova via SPSS software.

Results: The results of this study showed that the mean scores of depression and suicidal ideation decreased significantly in the experimental group in the post test compared to the control group ($p < 0.0001$). In other words, schema therapy sessions reduced the severity of depression and suicidal thoughts in patients with depression resistant to treatment.

Conclusion: The results indicate that schema therapy can be used as an effective intervention to reduce the severity of depression and suicidal thoughts in people with depressive disorder. Therefore, it is suggested that psychologists and psychiatrists use a therapeutic schema to reduce the psychological problems of people with depressive disorder.

Key Words: Schema Therapy, Severity of Depression, Suicidal thoughts, Resistant Depression

Corresponding author: Gholamrezai S, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Email: gholamrezaei_s@yahoo.com

Please cite this article as follows:

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.