

بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی بر روی زنان مبتلا به افسردگی اساسی عود کننده

نازیلا حسینی^۱

دکتر ویدا رضوی نعمت اللهی^۲

دکتر سید مهدی حسینی فرد^۳

بیوک حسن نژاد^۴

چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی اثربخشی طرح واره درمانی بر روی زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده بوده است. پژوهش حاضر مطالعه تک موردی با حجم نمونه ۶ زن بود که بر اساس طرح چند خط پایه غیرهمزمان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ انجام شد. آزمودنی‌ها با روش نمونه گیری هدفمند از چهار مرکز درمانی در شهر تبریز انتخاب شدند. انتخاب آزمودنیها بر اساس ملاکهای ورود و خروج و تشخیص درمانگر با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM IV (SCID-CV) صورت گرفت. بیماران به شکل تصادفی دو به دو و به فاصله ۱۰ روز از یکدیگر به ترتیب سه جلسه ارزیابی خط پایه ۱۲ جلسه طرح واره درمانی را پشت سر گذاشتند. اطلاعات پژوهش از طریق پرسشنامه افسردگی بک (BDIII) و پرسشنامه طرح واره یانگ فرم کوتاه جمع آوری شد. به منظور اثربخشی از تحلیل چشمی نمودارها، آزمون اندازه اثر برای معناداری آماری، درصد بهبودی و رسیدن به زیر نقطه برش یا میانگین معناداری بالینی استفاده شد. بیماران در مجموع در کاهش شدت افسردگی به اندازه اثر ۱/۲۹ و ۳۶/۵۴ درصد بهبودی، و در کاهش طرح واره‌های ناکارآمد اولیه به اندازه اثر ۱/۱۹ و ۴۷ درصد بهبودی رسیدند.

واژه‌های کلیدی:

طرح واره درمانی، افسردگی اساسی عودکننده، طرح واره‌های ناسازگار اولیه

^۱- کارشناس ارشد رشته مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمان

^۲- عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرمان، کرمان-ایران

^۳- عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمان، کرمان-ایران

^۴- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی

مقدمه

پیشرفت سریع تکنولوژی و اطلاع رسانی، علی رغم مزایای فراوان آن مشکلاتی برای انسان معاصر بوجود آورده است. موج فزاینده افسردگی، پایین آمدن سن خودکشی و بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی دیگر، واقعیت‌های انکارناپذیری هستند که نشان می‌دهد افسردگی بر جوامع بشری سایه افکنده است. (روزنهان^۱، سیلگمن^۲، ۱۹۹۵).

پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که در سال ۲۰۲۰، افسردگی به عنوان اولین عامل ناتوان کننده جامعه بشری مطرح گردد. اختلال افسردگی اساسی از مهمترین انواع اختلالات خلقی به شمار رفته و میزان وقوع آن در طول عمر ۱۵٪ است که میزان آن ممکن است در زنان به ۲۵٪ نیز برسد (حسینی فرد، ۱۳۹۰). حدود ۲۰٪ افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را می‌گذارند نهایتاً تشخیص افسردگی مزمن را دریافت می‌کنند (گیلمر^۳، تراویدی^۴ و راش^۵). به اختلال افسردگی اساسی اختلال یک قطبی نیز گفته می‌شود (کاپلان^۶، ۱۹۹۶). ویژگی اصلی این اختلال یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی- حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام برای خودکشی را داشته باشد. بیمارانی که حداقل دومین دوره افسردگی خود را می‌گذرانند. بین دوره‌ها یک فاصله دو ماهه بدون علائم بارز افسردگی اساسی وجود دارد که در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده طبقه بندی می‌کنند (کاپلان، ۲۰۰۰). در تشخیص اختلال افسردگی اساسی عودکننده باید به موارد ذکر شده توجه کرد: الف) دو یا چند دوره افسردگی اساسی (حداقل دو دوره) که حداقل یک فاصله دو ماهه بدون افسردگی اساسی وجود داشته باشد. ب) دوره‌های افسردگی اساسی نتیجه تأثیر مستقیم یک ماده (دارو) یک اختلال طبی (کم‌کاری تیروئید) نباشد. ج) هرگز یک دوره مانیک، مختلط و هیپومانوی وجود نداشته است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

^۱.Rozenhan

^۲.Seligman

^۳.Gilmer

^۴.Trived

^۵.Rash

^۶.Kaplan

این روزها درمان های اضطراب و افسردگی که به صورت تجربی تأیید شده اند کاربردی ترین را متحول کرده اند (لی هی^۱، ۲۰۰۲). نظریه بنیادی درمان شناختی بر این باور است که برای آگاه شدن از ماهیت یک واقعه هیجانی یا آشفتگی تمرکز کردن روی محتوای شناختی واکنش فرد به آن رویداد ناراحت کننده یا جریان افکار ضرورت دارد (درابین^۲ و بک^۳). هدف این است که با استفاده از افکار خودکار درمان جویان برای دستیابی به طرح واره اصلی و بازسازی طرح واره، نحوه ای که آنها فکری کنند، تغییر داده می شود (کری^۴، ۱۹۳۷). در افسردگی، میزان موفقیت بلافاصله پس از درمان بالاتر از ۶۰٪ است، ولی میزان عود مشکل پس از گذشت یک سال، حدود ۳۰٪ است (یانگ^۵، یانگ^۶، وین برگر^۷ و بک، ۲۰۰۱). مشکلات منش شناختی می تواند اثربخشی رفتار درمانی کلاسیک را کاهش دهد. برخی از بیماران که برای درمان اختلالات محور I مثل اضطراب یا افسردگی مراجعه می کنند، نمی توانند روند درمان را با موفقیت پشت سر بگذارند، یا به محض پایان دادن، مشکلشان عود می کند (یانگ، کلووسکو^۷، ویشار^۸، ۱۹۵۰). طحرواره های نا کارآمد از مقاوم ترین مشکلات بالینی هستند که درمانگران با آنها رو به رو می شوند. به نظر یانگ چون طحرواره درمانی، بر عمیق ترین سطح شناخت تأکید می کند از این رو در پی آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن مانند افسردگی و اضطراب و جلوگیری از برگشت افسردگی برخوردار است (یانگ، ۲۰۰۳). خلق افراد، انعکاسی از شیوه تفکر آنهاست، یا به عبارت دیگر خلق افراد توسط «شناخت ها» یا «افکارشان» شکل می گیرد. در اکثر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی محدود است. دوره های درمان نشده معمولاً پس از ۳-۶ ماه از بین می روند. اما احتمال عود زیاد است و حدود ۱۵-۲۰ درصد بیماران، سیر مزمنی را طی می کنند. به همین دلیل، هدف درمان نه تنها باید تسریع در بهبود دوره فعلی بلکه ایجاد تداوم در بهبود و در

¹.Leahy

².Draebn

³.Beck

⁴.Corey

⁵.Young

⁶.Weinbeger

⁷.Klosko

⁸.Weishoar

صورت امکان، کاستن از احتمال برگشت بیماری باشد. این توجه باعث شده است که درمانهای روان شناختی مخصوصی پدید آید، درمانهایی که در طی آنها مهارتهای فعال کنترل افسردگی، به بیماران یاد داده می شود (هاوتون^۱، ۲۰۰۰). زنان ۲۰ تا ۲۶ درصد مدت عمر خود را در خطر مبتلا به افسردگی اند و میزان بستری شدن ایشان در بیمارستان ۶ درصد است. (فرانکل، ۱۹۵۳). در صورت عدم تشخیص به موقع، پیامدهای فراگیر ابتلا به آن در حوزه رضایت شخصی از زندگی، روابط بین فردی، زندگی زناشویی، انجام وظایف شغلی و اجتماعی و سیر مزمن اختلال نیاز به رویکردهای درمانی جدید می باشد. بنابراین با توجه به تمرکز طرح واره درمانی بر اختلالاتی همچون اضطراب، افسردگی و عدم انجام پژوهش با این موضوع، ضرورت انجام پژوهشی جهت اثربخشی طرح واره درمانی در درمان مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده ضروری به نظر می رسد. اسمیت^۲ و جونز^۳ (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان «طرحواره ناکارآمد، رویدادهای رویدادهای منفی زندگی و ناراحتیهای روان شناختی» انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره رویداد های منفی زندگی باعث ناراحتیهای روان شناختی شدیدی می شود. بنابراین طرحواره های ناکارآمد اولیه و تجارب منفی زندگی هر یک به طور مستقل در اختلالات روان شناختی دخیل هستند.

در پژوهشی که اخیراً هیلمن^۴ و همکارانش (۲۰۱۱) انجام دادند، به بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی همراه با مصاحبه انگیزشی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی پرداختند. نتایج آن نشان داد که کاهش میانگین در نمرات پرسشنامه افسردگی بک (BDI II)، در طی یک سال دوره درمان با کاهش شدت افسردگی همراه بوده است. پژوهش حسینی فرد (۱۳۹۰) تحت عنوان اثربخشی طرح واره درمانی در درمان زنان مبتلا به افسرده خوبی نشان داد که طرح واره درمانی در کاهش میزان افسرده خوبی زنان مؤثر بوده است. احمدیان (۱۳۸۵) پژوهشی با عنوان مقایسه طرح واره های ناکارآمد بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی و غیر اقدام کننده به خودکشی و افراد عادی انجام داد. این یافته ها نشان داد نمره طرح واره های مربوط به حوزه های «بریدگی/ طرد و خودگردانی/ عملکرد مختل» می توانست هر سه گروه را از یکدیگر تفکیک نماید.

¹.Hawton

².Scmit

³.Joiner

⁴.Helman

تنها نمره طرحواره « بی اعتمادی / سوء استفاده» در حوزه بریدگی / طرد بین گروه اقدام کننده به خودکشی و گروه افسرده تفاوت معناداری را نشان می داد.

با توجه به مطالب ذکر شده سوالات پژوهش حاضر عبارتند از:

۱- آیا طرح واره درمانی شدت افسردگی زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده را کاهش می دهد؟

۲- آیا طرح واره درمانی شدت طرح واره های ناکارآمد اولیه زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده را کاهش می دهد؟

در پژوهش حاضر به منظور اثربخشی طرح واره درمانی از طرح تجربی تک موردی با روش خط پایه چندگانه استفاده شده است (سیف ۱۳۷۷). طرحهای خط پایه چندگانه شامل ارائه یک مداخله معین در زمانهای مختلف است. در طرحهای تک موردی معمول ترین روش تحلیل چشمی نمودارها و داده هاست که می تواند تغییرات در سطح یا روند را با توجه به اعمال متغیر آزمایشی یعنی مداخله نشان دهد (کندال^۱، ۱۹۹۹). روشهای مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده ها، درصد هبودی^۲ (فرمول مطرح شده توسط بلانچارد^۳ و اسکوارز^۴) برای معناداری بالینی^۵ بوده، برای معناداری آماری از ضریب کوهن یا اندازه اثر^۶ استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ می باشد، که از بین ۵۰ نفر مراجعه کننده تعداد ۶ نفر بر اساس ملاک های ورود ذیل انتخاب شدند.

ملاک های ورود مراجعین به پژوهش

۱- عدم مصرف داروهای روانپزشکی

۲- داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۵ سال

۳- دارا بودن حداقل سطح تحصیلات فوق دیپلم

- 1.kendall
- 2.Recovery percentage
3. Blachard
- 4.Schwarz
- 5.clinical significance
- 6.effect size

۴- توانایی درک مفاهیم طرحواره درمانی

۵- کسب نمره بالاتر از ۳۰ در پرسشنامه BDI

۶- دارا بودن ملاک های تشخیص اختلال افسردگی اساسی عود کننده.
برای انتخاب افراد از روش نمونه گیری هدفمند استفاده گردید .

جدول- ویژگیهای جمعیت شناختی مراجعان

مراجعی	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل
الف	۲۴	لیسانس	مجرد
ب	۲۷	فوق دیپلم	متاهل
ج	۲۵	فوق دیپلم	متاهل
د	۲۵	لیسانس	مجرد
ه	۲۸	لیسانس	متاهل
ی	۳۳	لیسانس	مجرد

پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه طرح واره یانگ و مصاحبه تشخیص افسردگی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I در DSM IV به دست آمد. پرسشنامه افسردگی بک به صورت یک پرسشنامه خودگزارشی است. پایایی پرسشنامه مذکور از روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب اعتبار تنصیف ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده است. اعتبار پرسشنامه طرح واره یانگ که یک پرسشنامه خود گزارشی است، بوسیله آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ گزارش شده است (یانگ ۱۹۹۸). مصاحبه بالینی ساختار یافته، مصاحبه انعطاف پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز تهیه شده است. شریفی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را بر روی ۲۲۹ نفر اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰٪) و توافق کلی (کاپای تشخیص فعلی ۸۵٪ و تشخیصی طول عمر ۵۵٪) به دست آمد. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) نیز روایی این ابزار تأیید شد (حسینی فرد، ۱۳۹۰). در صورت تأیید تشخیص اختلال افسردگی عود کننده اگر مراجع ملاکهای ورود به پژوهش را داشته، پس از کسب رضایت شرکت در طرح واره، مورد پیش آزمون قرار گرفت، سپس طرح واره درمانی در ۱۲ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه ای (تقریباً هر ده روز یک جلسه) اجرا شد. در طول جلسات و پس از مداخله آزمودنیهای پژوهش، پرسشنامه های

BDI و YSQ) را تکمیل کردند. به طور خلاصه می توان تکنیک ها و ابزار های مورد استفاده در جلسات درمان، پژوهش حاضر را به صورت ذیل نام برد:

استفاده از بروشور افسردگی و بروشور تحریف های شناختی جهت بالابردن اطلاعات مراجع، فرم ثبت افکار روزانه، ایجاد رابطه درمانی، چالش با افکار اتوماتیک منفی و بررسی اعتبار آنها، تصویر سازی ذهنی، ایفای نقش، تحلیل سود و زیان طرح وارده های ناکارآمد اولیه و دیدگاه سالم مقابل آن، گفتگوی دو جانبه درمانگر و مراجع، تحلیل سود و زیان سبک های مقابله ای، بحث با مراجع در مورد طرح وارده هایشان، فرم پرس و جو درباره طرح وارده، کارت آموزشی بر اساس طرح وارده مراجع.

یافته های مربوط به سؤال یک پژوهش

سؤال یک: آیا طرح وارده درمانی شدت افسردگی زنان مبتلا به افسردگی اساسی عود کننده را کاهش می دهد؟

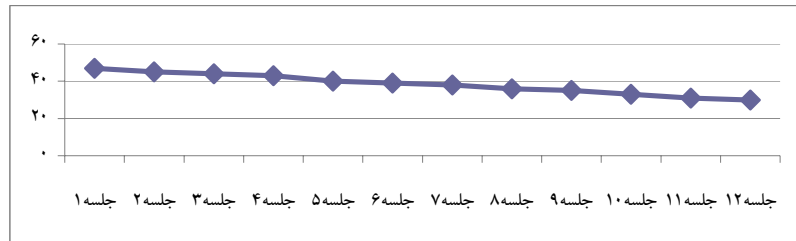
به منظور پاسخ به سؤال فوق نمره های مراجعان در پرسشنامه افسردگی بک مراحل خط پایه، درمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۱) و نمودار ۱ الف ارائه شده است.

جدول ۱: نتایج اندازه گیری مکرر در پرسشنامه افسردگی بک

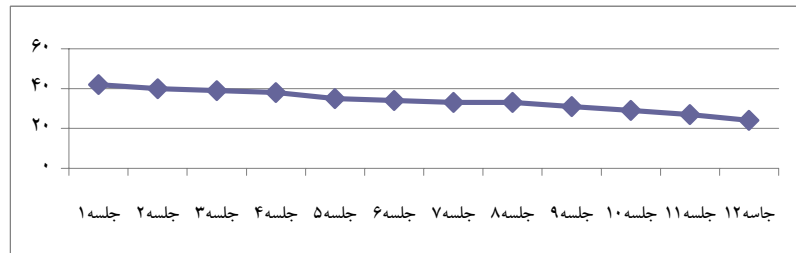
درصد بهبودی درمان	اندازه اثر ضریب D کوهن	انحراف درمان میانگین استاندارد	میزان افسردگی در جلسه آخر	میزان افسردگی در جلسه اول	خط پایه میانگین انحراف استاندارد	
۳۷٪	۱/۵۲	۳۷/۶۶(۶/۱۲)	۳۰	۴۷	۴۷(۰)	آزمودنی اول
۴۲/۸۶٪	۱/۴۰	۳۳/۵(۶/۰۵)	۲۴	۴۲	۴۲(۰)	آزمودنی دوم
۲۹/۲۷٪	۱/۴۹	۳۴/۶۶(۴/۲۳)	۲۹	۴۱	۴۱(۰)	آزمودنی سوم
۳۳/۵٪	۱/۰۸	۳۳/۶۶(۴/۳۰)	۳۷	۴۰	۳۹/۳۳(۰/۹۳)	آزمودنی چهارم
۴۵/۹۴٪	۱/۳۶	۲۹/۳۳(۵/۶۰)	۲۰	۳۷	۳۷(۰)	آزمودنی پنجم
۳۱/۷٪	۰/۸۹	۳۳/۳۴(۴/۵۳)	۲۸	۴۱	۳۹/۶۶(۱/۴۵)	آزمودنی ششم
۲۶/۵۴٪	۱/۲۹	۳۳/۶۹	۲۶/۳۳	۴۱/۳۳	۴۰/۹۹	میانگین

نمودار ۱: سیرات نمرات مراجعان در افسردگی

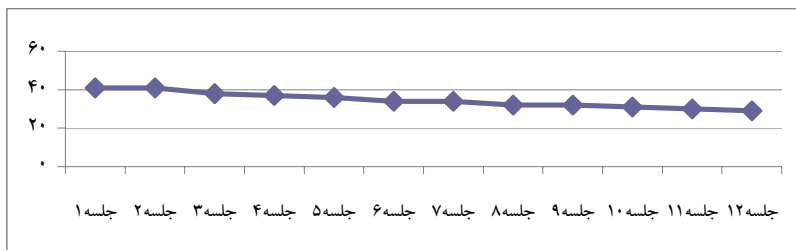
آزمودنی اول



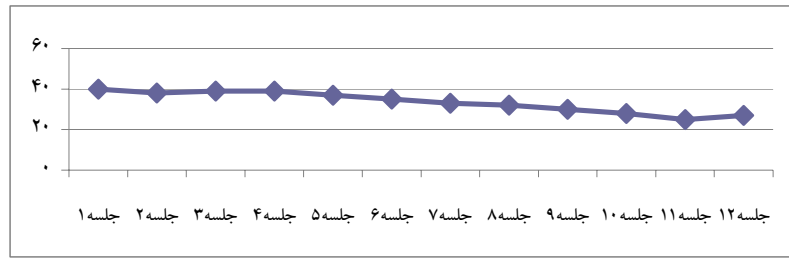
آزمودنی دوم



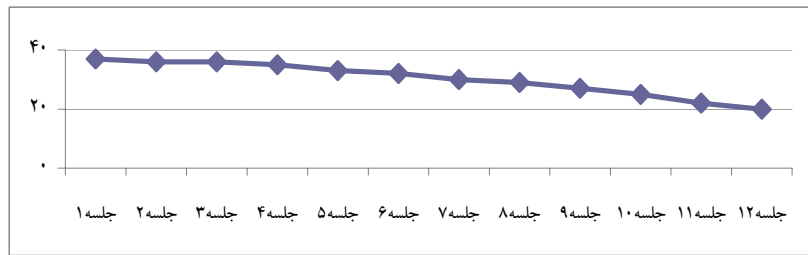
آزمودنی سوم



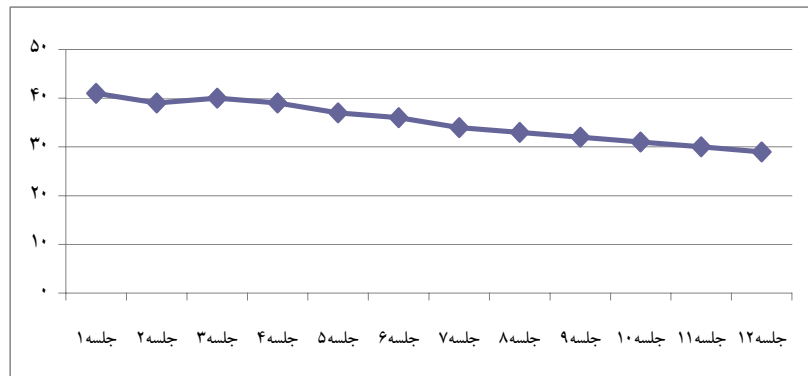
آزمودنی چهارم



آزمودنی پنجم



آزمودنی ششم



تحلیل چشمی نمودار (۱) نشان می دهد که در مجموع هر ۶ آزمودنی با شروع مداخله درمانی شدت افسردگی شان به صورت تدریجی کاهش یافته است. تحلیل جدول (۱) نشان می دهد در مجموع افسردگی آزمودنیها از ۵۰ در خط پایه که افسردگی

شدید بود به ۳۳/۲۶ در دوره درمان رسید. علاوه بر این آزمودنیها در مجموعه اندازه اثر ۳۶/۵۴ و ۱/۲۹ درصد بهبودی در کاهش شدت افسردگی رسیدند. تحلیل چسبی نمودار حاکی از این بود که روند افسردگی بعد از جلسات ابتدایی شروع شد و شیب نمودار رو به کاهش گذاشت. بنابراین پاسخ سؤال اول پژوهش مثبت است و طرح واره درمانی توانسته شدت افسردگی زنان مبتلا به افسردگی اساسی راکاهش دهد.

یافته های مربوط به سؤال دوم پژوهش

آیا طرح واره درمانی شدت طرح واره های ناکارآمد اولیه زنان مبتلا به افسردگی اساسی را کاهش می دهد؟

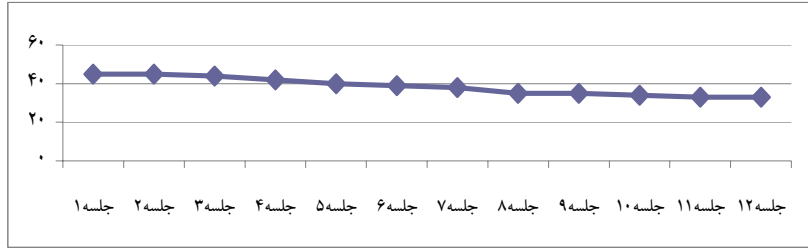
به منظور پاسخ دهی به این سؤال از پرسشنامه طرح واره یانگ شکل کوتاه استفاده شد. نمرات آزمودنیها در پرسشنامه طرح واره یانگ و تحلیل آمار در جدول (۲) و نمودار (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج اندازه گیری مکرر در پرسشنامه طرح واره یانگ فرم کوتاه

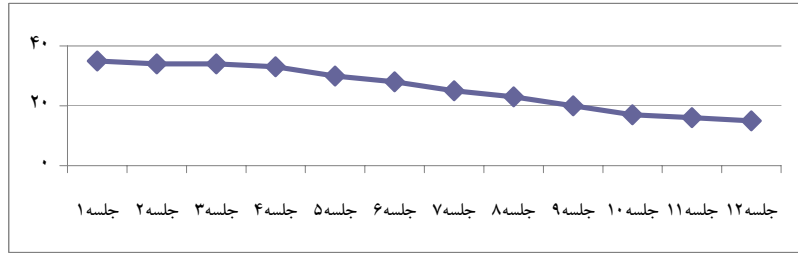
در صد بهبودی درمان	اندازه اثر ضریب کوهن D	درمان میانگین انحراف استاندارد	میزان افسردگی در جلسه آخر	میزان افسردگی در جلسه اول	خط پایه میانگین انحراف استاندارد	
٪۳۴	۱/۷	۴۰/۸۳(۵/۴۰)	۳۳	۴۵	۵۰(۰)	آزمودنی اول
٪۵۷	۱/۳۱	۲۵/۸۳(۶)	۱۵	۳۵	۳۵(۰)	آزمودنی دوم
٪۳۸	۱/۱۴	۳۲(۵/۲۹)	۲۵	۴۰	۳۹(۰/۸۱)	آزمودنی سوم
٪۶۳	۱/۲۷	۱۹/۳۳(۶)	۱۰	۲۷	۲۷(۰)	آزمودنی چهارم
٪۵۵	۰/۸۴	۱۶/۶۶(۶/۳۵)	۱۰	۲۲	۲۲(۰)	آزمودنی پنجم
٪۳۵	٪۹۱	۳۸/۱۶(۵/۰۷)	۳۰	۴۶	۴۴(۱/۳۰)	آزمودنی ششم
٪۴۷	۱/۱۹	۲۹	۲۱	۳۶	۳۷	میانگین

نمودار ۲: سیر نمرات طرحواره وارده مراجعان

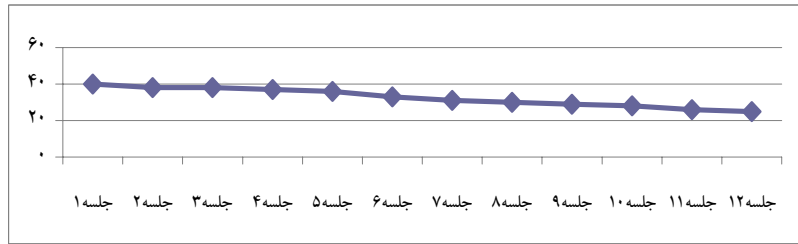
آزمودنی اول



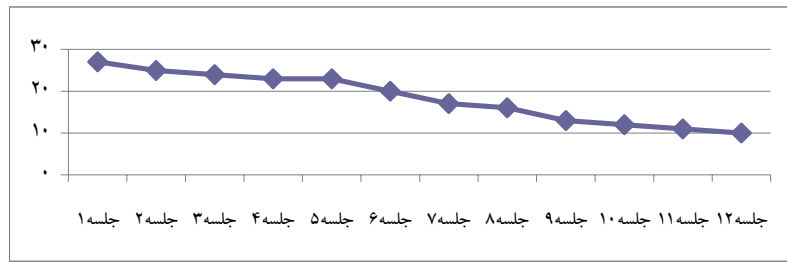
آزمودنی دوم



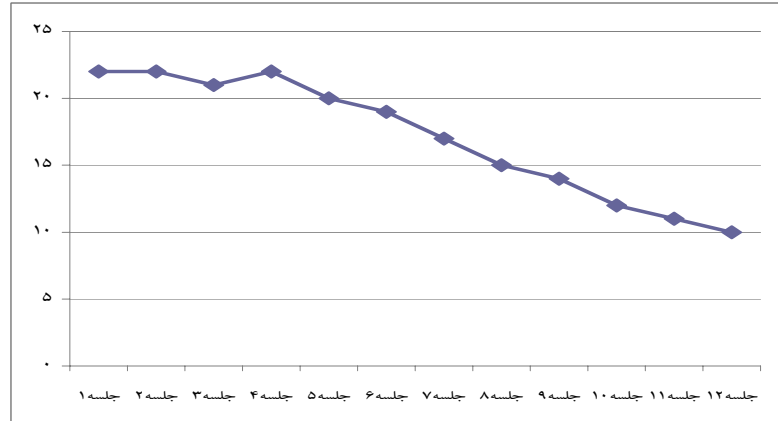
آزمودنی سوم



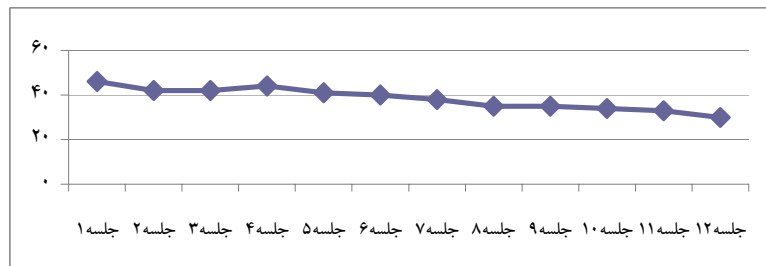
آزمودنی چهارم



آزمودنی پنجم



آزمودنی ششم



تحلیل چشمی نمودار (۲) نشان می دهد که در مجموع هر ۶ آزمودنی با شروع مداخله درمانی شدت طرح واره هایشان به صورت تدریجی کاهش یافته است. تحلیل جدول (۲) نشان می دهد در مجموع طرح واره های آزمودنی ها از ۳۷ درخط پایه به ۲۹

در دوره درمان رسید. علاوه بر این آزمودنی ها به اندازه اثر ۱/۱۹ و ۳۶/۵۴ در صد بهبودی رسیدند. تحلیل چشمی نمودارها حاکی از این بود که شیب نمودار رو به کاهش است. بنابراین پاسخ سؤال اول پژوهش مثبت است و طرح واره درمانی توانسته شدت طرح واره را کاهش دهد.

بحث در نتایج

تحلیل و بررسی سؤال یک پژوهش حاضر نشان داد که طرح واره درمانی در کاهش شدت افسردگی اساسی عودکننده مؤثر بود. یافته های پژوهش موجود با نظرات وین برگر^۱ (۱۹۹۳) که معتقد است مدل طرح واره درمانی یانگ در پیش گیری از عود بیماران افسرده مؤثر بوده است همخوانی دارد، با نظر ژیلان^۲ و همکاران (۲۰۰۳) که به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی متمرکز بر طرح واره درمانی در بهبود علائم اختلال دوقطبی مؤثر است و میزان برگشت آن را بطور معنا داری کاهش می دهد، هماهنگ است و نیز با یافته های یانگ و همکارانش (۱۹۹۵) که معتقدند بین طرح واره های ناکارآمد اولیه و افسردگی رابطه وجود دارد، هماهنگی دیده می شود.

تحلیل و بررسی سؤال دوم پژوهش حاضر نشان داد که طرح واره درمانی در کاهش شدت طرحواره های ناکارآمد اولیه مؤثر بود. یافته های پژوهش موجود با یافته های به دست آمده از هانس^۳ و همکاران (۲۰۰۵) که در طی مطالعاتی نشان دادند که طرح واره های ناکارآمد اولیه با طرح واره درمانی اصلاح شدند هماهنگ است، با یافته های فریمن^۴ (۱۹۹۹) که طرح واره درمانی یانگ را به عنوان یک مدل تبیینی برای پردازش شناختی غیرمنطقی مورد کندوکاو قرار دارد نیز هماهنگ است. و نیز با یافته های مک گین و همکاران (۲۰۰۵) که معتقدند بین افسردگی با تمام ۵ بعد طرح واره های ناکارآمد یانگ رابطه وجود، دارد هماهنگ است.

با توجه به پژوهشهای انجام شده در حیطه درمانهای شناختی- رفتاری افسردگی اساسی عودکننده که حکایت از مقاوم بودن به درمان و اثربخشی اندک درمانهای سنتی داشت، پژوهش حاضر نشانگر اثربخشی طرح واره درمانی در بیماران افسرده اساسی عود

^۱.weinbeger

^۲.jillan

^۳.hans

^۴.freman

کننده است. لذا پیشنهاد می شود به دلیل فقر شدید پژوهش در این زمینه، پژوهشهای بیشتر با روشهای جدید درمانی و در جمعیت‌های دیگری جزء زنان و در مقایسه با سایر روشهای درمانی نیز انجام شود و نیز از روشهای تصادفی و کنترل شده استفاده گردد.

منابع:

- آهی، حسن (بررسی ساختار عاملی فرم کوتاه پرسشنامه یانگ (SF-SQ))، کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۸۴.
- حسینی فرد، سیدمهدی (اثر بخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال افسرده خوئی)، دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۰.
- روزنهان، دیویدال و پی سیلیگمن، مارتین ای (۱۳۸۶)، روان شناسی نابهنجاری آسیب های روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران، نشر ارسباران، چاپ ششم.
- سیف، علی اکبر (۱۳۷۷)، تغییر رفتار و رفتار درمانی نظریه ها و روشها. تهران، نشر دوران، چاپ نهم.
- کاپلان، اچ آی و سادوک، بی جی (۱۳۷۴)، خلاصه روان پزشکی. ترجمه: حسن رفیعی و فرزین رضایی. تهران، انتشارات ارجمند، چاپ ششم.
- کری، جرالده (۱۳۸۵)، نظریه و کاربرست مشاوره و روان درمانی. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. تهران، انتشارات ارسباران، چاپ اول.
- لوییس، فرانکل (۱۳۸۷)، روان شناسی زن بررسی علل افسردگی و راه های اقتدار بخشیدن به خویش. ترجمه: شکوه السادات خونساری نژاد. تهران، انتشارات قطره، چاپ هفتم.
- محمود علیلو، مجید (۱۳۷۷)، سوگیری حافظه در افسردگی: پردازش طرحواره ای یا تسهیل عاطفی. مجله پژوهش های روان شناختی دانشگاه تبریز دوره ۵، شماره ۱ و ۲.
- هاوتون، کیت (۱۳۸۰)، رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلالهای روانی. ترجمه: حبیب الله قاسم زاده. تهران، انتشارات ارجمند، چاپ ششم.
- یانگ، جفری. ژانت، کلسکوومارگری، ویشار (۱۳۸۹)، طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه: حسن حمیدپور، زهرا اندوز. تهران، انتشارات ارجمند، چاپ سوم.
- Barlow, D.H. (Ed.). (2001), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd Ed). Newyork: Guilford press
- Jon, Herson & Jonathan, Evans.(2005), *Negative self schema: depressive in woman*.The Britich journal of Psychiatry
- LEAHY, R.L. (2002), *Cognitive therapy: Current problems future direction*.In R.L.Leahy & E.T.Dowd (Eds.), *clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application* (pp.418-434). New York: Springer
- Yong, J.E., Weinberger, A.D., &Beck, A.T. (2001), *Cognitive therapy for depression*. In D.Barlow (Ed.), *clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp.264-308). New York: Guilford press

-
- Yong, J.K, J.S, Weishar, M.E.(2003), Schema Therapy; a practicionex s Guide. New yourk: The Guilford press
 - Yong, J.E. (2001), Yonng Parenting Inventory. New York: Cognitive Therapy Center of New York