

اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان

اصغر زره پوش^۱، حمید طاهر نشاط دوست^۲، کریم عسگری^۳،

محمد رضا عابدی^۴، امیرحسین صادقی هسنیجه^۵

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به ایجاد رویکرد جدید در درمان اختلالات مزمن و شیوع بیشتر افسردگی مزمن نسبت به افسردگی غیر مزمن، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: ۱۴ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن با دامنه سنی ۲۱ تا ۲۹ سال، به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دانشجویان دانشگاه اصفهان انتخاب و از آن‌ها مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته (Structured clinical interview for DSM-IV یا SCID) بر اساس DSM-IV به عمل آمد. همچنین از آزمون افسردگی Beck برای غربال بیماران استفاده شد. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمایش گنجانده شدند و تنها گروه آزمایش ۸ جلسه طرحواره درمانی دریافت کرد.

یافته‌ها: طرحواره درمانی به طور معنی‌داری نشانه‌های افسردگی مزمن را در گروه آزمایش کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی، نشانه‌های افسردگی مزمن را به موازات تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش می‌دهد و این درمان قابلیت اجرا در مراکز روان‌درمانی را دارد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی مزمن، طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دانشجویان

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۱/۲/۱۷

پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۴

مقدمه
افسردگی، بیماری شایعی است که منجر به ناتوان‌کنندگی در سطح جهان می‌شود (۱). هر چند افسردگی تا حدود زیادی قابل درمان است، اما حدود ۲۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی اساسی، به افسردگی مزمن دچار می‌شوند (۵-۲). متوسط سن ابتلا به افسردگی مزمن، ۲۰ سالگی است و در صورت اقدام به خودکشی و یا بستری شدن بیشتر به افسردگی غیر مزمن شباهت دارد (۸-۶-۲).
راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders یا DSM-IV) افسردگی مزمن را به دو شکل کلی تقسیم می‌کند: ۱- نوع مزمن اختلال افسردگی اساسی (Chronic major depressive disorder) و ۲- اختلال افسرده خوبی (Dysthymic disorder). دو شکل فرعی‌تر آن نیز شناخته شده است که عبارت از: ۱- اختلال افسرده خوبی به همراه اختلال افسردگی اساسی [افسردگی مضاعف

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول) Email: as.zerehpoush@gmail.com
۲- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۴- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۵- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

نقش دوران کودکی در افسردگی مزمن از اهمیت بالایی برخوردار است؛ به طوری که بعضی از شکل‌های افسردگی مزمن را با منشأ «رشدی» می‌دانند (۲۱). از طرف دیگر تأکید رویکرد طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (۱۶) که شامل باورها و الگوهای ثابتی می‌شود که از دوران کودکی و نوجوانی به وجود آمده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابند. این باورها در مقابل تغییر مقاومت زیادی از خود نشان می‌دهند و فرد از طریق این باورها به دنیای اطراف نگاه می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد که رویکرد جدید طرحواره درمانی با تأکید بر طرحواره‌های ناسازگار دوران کودکی و نوجوانی بتواند در درمان افسردگی مزمن مفید واقع شود. نتایج مطالعات انجام شده در ارتباط با افسردگی نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه یکی از پیش‌بینی کننده‌های مهم شدت افسردگی در طول دوره درمان (۲۳، ۲۲) و پس از ۹ سال پیگیری است (۲۴). تخمین زده می‌شود که ۳۰ درصد از دانشجویان افسردگی را تجربه کرده و ۱۵ درصد از آن‌ها نیز افسردگی را در سطح بالینی تجربه می‌کنند (۲۵). افسردگی همچنین علت بسیاری از مشکلات دانشجویان از جمله کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر خودکشی (۲۵) و مشکلات کاری و انگیزشی بیشتر می‌باشد (۲۶). با توجه به اهمیت نقش طرحواره‌ها در بیماری‌های مزمن و اهمیت این بیماری در بین دانشجویان، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در آن از دو گروه آزمایش و شاهد استفاده شد. آزمودنی‌ها بر اساس مراجعه به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان و از طریق فراخوان در دانشکده‌های مختلف جمع‌آوری شدند. نمونه اصلی این مطالعه ۲۰ شرکت کننده بود که در حین اجرا به ۱۴ نفر (دو گروه ۷ نفره) تقلیل یافت. آزمودنی‌ها شامل ۹ زن (۶۴/۳ درصد) و ۵ مرد (۳۵/۷ درصد)

(Double depression) ۲- اختلال افسردگی اساسی بدون بهبودی کامل (Major depressive disorder with poor interepisodic recovery) می‌باشد (۹). برخی مطالعات همه‌گیرشناسی در شهرستان‌های استان اصفهان و یزد، شیوع افسرده‌خویی را به ترتیب ۵/۸ و ۵/۴ درصد گزارش کرده‌اند (۱۱، ۱۰).

رویکردهای مختلفی از جمله، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy)، درمان بین فردی (Interpersonal psychotherapy) و دارو درمانی در درمان اختلال افسردگی مزمن به کار گرفته شده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که این درمان‌ها در درمان افسردگی مزمن مؤثر هستند، اما تفاوتی از لحاظ میزان اثربخشی ندارند (۱۳، ۱۲).

در بعضی از مطالعات اثربخشی بیشتر اما اندک جزیی دارو درمانی را نسبت به روان‌درمانی در مرحله پس‌آزمون و مؤثرتر بودن روان‌درمانی نسبت به دارو درمانی را در مرحله پی‌گیری در درمان افسردگی مزمن نشان داده‌اند (۱۴، ۱۵). در مجموع به نظر می‌رسد که ترکیب دارو درمانی و روان‌درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به هر کدام از رویکردها به تنهایی داشته باشد (۱۵).

یکی از رویکردهای جدید در زمینه درمان بیماران منش‌شناختی (مزمن) طرحواره درمانی Young است. طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که توسط Young و همکاران به وجود آمده و به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری سنتی بنا شده است (۱۶). در واقع، این رویکرد مکمل درمان شناختی- رفتاری است؛ چرا که درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماری‌های منش‌شناختی (Characterological) با مشکلاتی روبرو بوده است که طرحواره درمانی سعی در پر کردن این خلأ دارد (۱۶). اثربخشی طرحواره درمانی در اختلال‌های گوناگونی از جمله: اختلال شخصیت مرزی (۱۸، ۱۷)، اختلال اضطراب فراگیر (۱۹) و اختلالات خوردن (۲۰) نشان داده شده است.

اثر بخشی درمان نوبنی را بر علایم افسردگی مزمن بررسی نماید، شرکت می‌کنند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزارهای پژوهش

SCID-I-۱ یک مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده محور I بر اساس DSM-IV به کار می‌رود. در مطالعه روی سوء مصرف کنندگان مواد که توسط First و همکاران (به نقل از محمدخانی) انجام شد، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID انجام شدند از روایی بالاتری در مقایسه با مصاحبه بالینی استاندارد برخوردار بودند. نتایج پایایی به طور چشمگیری در بعضی از تشخیص‌ها و بخش‌ها متفاوت بود (۲۷). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه‌ای ۲۲۹ نفری اجرا کردند (۲۸). توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر، ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود.

۲- نسخه دوم آزمون افسردگی Beck (BDI-II) یا Beck depression inventory): پرسش‌نامه افسردگی Beck فرمی ۲۱ سؤالی است که برای سنجش متغیر وابسته به کار می‌رود. آزمودنی‌ها نشانه‌ها را روی یک مقیاس، از صفر تا سه درجه‌بندی می‌کنند و دامنه تغییر نمره‌ها از ۰ تا ۶۳ است. پایایی و روایی این آزمون در ایران مورد تأیید قرار گرفته است. Dobson و محمدخانی و همکاران (۲۹)، ضریب پایایی آن را ۰/۹۱ گزارش کردند. جوکار (۳۰) نیز پایایی ۰/۸۷ را برای این آزمون به دست آورد.

یافته‌ها

در این قسمت یافته‌های توصیفی پژوهش ارائه می‌شود و بعد از آن نتایج استنباطی آن بیان می‌گردد. به علت این که جنسیت و پیش‌آزمون رابطه معنی‌داری را

و در مجموع ۱۴ نفر با میانگین سنی ۲۴/۵ سال بودند. از آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته (SCID یا Structured clinical interview for DSM-IV) بر اساس فهرست نشانه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-R) محور I و آزمون افسردگی Beck گرفته شد.

معیار ورود آزمودنی‌ها در پژوهش، داشتن نشانه‌های افسردگی مزمن بر اساس فهرست نشانه‌های DSM-IV-R و کسب نمره بالاتر از ۲۱ در پرسش‌نامه افسردگی Beck و ملاک خروج نمونه‌ها شامل: نمره کمتر از ۲۱ در آزمون افسردگی Beck، مصرف دارو و نداشتن نشانه‌های افسردگی مزمن بر اساس DSM-IV-R بود. بعد از این که آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند، از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس هر یک از افراد گروه آزمایش به طور جداگانه ۸ جلسه طرحواره درمانی دریافت کرد و گروه شاهد هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. جلسات به صورت هفتگی و به مدت ۲ ماه انجام گرفت. بعد از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج با استفاده از آزمون ANOVA و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

خلاصه جلسات به شرح زیر انجام شد:

جلسه اول: معرفی صورت گرفت و از آزمودنی مصاحبه (Structured clinical interview for DSM IV) یا SCID-I گرفته شد. جلسه دوم و سوم: پیش‌آزمون گرفته شد و تکنیک‌های شناختی به همراه انجام تکالیف در دستور کار قرار گرفت. جلسه چهارم و پنجم: از تصویرسازی ذهنی، برقراری گفتگو و بازوالدینی حد و مرزدار Limited reparenting بسته به نوع طرحواره‌ها استفاده شد. جلسه ششم و هفتم: از تصویرسازی ذهنی موقعیت مشکل‌آفرین، رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن استفاده شد. جلسه هشتم: جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، به شرکت کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آن‌ها در پژوهشی که قصد دارد

بر افسردگی مزمن داشت. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن با ضریب تأثیر ۰/۳۸ مؤثر است. هر چند توان آماری حاصل شده در این مطالعه در حد نصاب نیست (۰/۷۰)، اما به نظر می‌رسد که دلیل آن کمی حجم نمونه باشد، نه غیر مؤثر بودن طرحواره درمانی. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از مطالعات قبلی (۳۳، ۲۴، ۲۲) هماهنگ است.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی باید گفت که عناصر این رویکرد متشکل از رویکردهای شناختی- رفتاری، گشتالت، دلبستگی، روابط شیء، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی می‌باشد (۱۶). این در حالی است که مطالعات قبلی حاکی از مختل شدن روابط شیء در بیماران افسرده مزمن و غیر مزمن است (۳۱). همچنین مطالعات حاکی از ضعف بیشتر روابط والد- فرزند در بیماران مبتلا به افسردگی خویی و اختلال ادواری خویی در دوران کودکی نسبت به افسردگی اساسی است (۳۵، ۳۴) و دلبستگی ناایمن بیشتر در افراد مبتلا به افسردگی خویی نسبت به افسردگی اساسی نیز نشان داده شده است (۳۶). در نتیجه منطقی به نظر می‌رسد که طرحواره درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف (دلبستگی، روابط شیء و ...) در قالب یک مدل درمانی در درمان بیماران مبتلا به افسردگی مزمن مؤثر واقع شود.

بین دو گروه نشان ندادند، در پس‌آزمون کنترل نشدند و به علت نابرابری واریانس‌ها از آزمون ناپارامتریک Mann-Whitney U استفاده شد که نتایج نشان داد، لزومی به رعایت پیش فرض‌ها نبوده است. در نهایت نتایج با استفاده از تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات افسردگی Beck به تفکیک گروه‌های نمونه را نشان می‌دهد. چنان‌چه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی Beck در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است، ولی در گروه شاهد کاهش چندانی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس عضویت گروهی بر افسردگی مزمن را نشان می‌دهد. چنان‌چه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، طرحواره درمانی در کاهش افسردگی مزمن (با سطح معنی‌داری = ۰/۰۱۹)، مؤثر است و اندازه اثر، ۰/۳۸ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت آسیب‌های دوران کودکی در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن (۳۲، ۳۱) و تأکید طرحواره درمانی بر باورهای ناکارآمد به وجود آمده در دوران کودکی تا بزرگسالی (۱۶)، این پژوهش سعی در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات افسردگی Beck به تفکیک گروه‌های نمونه

متغیر وابسته	مراحل	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
نمره افسردگی Beck	پیش‌آزمون	گروه شاهد	۲۹/۷۱	۸/۱۳	۲۰	۴۴
		گروه آزمایشی	۳۴/۱۴	۷/۶۰	۲۴	۴۵
	پس‌آزمون	گروه شاهد	۲۸/۴۲	۳/۷۳	۲۴	۲۵
		گروه آزمایشی	۱۶	۱/۱۳	۴	۳۶

جدول ۲. تحلیل واریانس عضویت گروهی بر افسردگی مزمن

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی مزمن	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۵۴/۶۴	۷/۴۰	۰/۰۱۹	۰/۳۸	۰/۷۰

حجم نمونه از محدودیت‌های آن است. توصیه می‌شود در تحقیقات آینده، اثربخشی این رویکرد درمانی در مرحله پیگیری مورد بررسی قرار گیرد و از آزمودنی‌های بیشتری در انجام پژوهش‌ها استفاده شود. همچنین به علت محدودیت وقت، اختلال‌های محور II در غربال بیماران مورد بررسی قرار نگرفت.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده می‌باشد و از زحمات استادان راهنما، دکتر حمیدطاهر نشاط دوست، دکتر کریم عسگری و استاد مشاور دکتر محمدرضا عابدی تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

یکی دیگر از بخش‌های رویکرد طرحواره درمانی، تمرکز روی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد بیماران است که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده‌اند. بر اساس مطالعات انجام شده، تغییر دادن سبک مقابله‌ای در افراد مبتلا به اختلال افسرده‌خویی با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه بوده است (۳۸، ۳۷) که طرحواره درمانی با به کار بردن تکنیک‌های مربوط به تغییر دادن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، سعی در تغییر دادن این سبک‌ها در بیماران می‌کند. بنابراین، نتیجه‌ای که می‌توان از این مطالعه گرفت این است که رویکرد طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد مؤثر در درمان افسردگی مزمن قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد. مطالعه حاضر دارای مرحله پیگیری نبوده و کم بودن

References

1. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367(9524): 1747-57.
2. Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH, et al. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(6): 425-33.
3. Spijker J, de GR, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002; 181: 208-13.
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617-27.
5. Torpey DC, Klein DN. Chronic depression: update on classification and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10(6): 458-64.
6. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry* 2009; 54(6): 389-98.
7. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163(5): 872-80.
8. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord* 2009; 115(1-2): 112-21.
9. Whisman MA. *Adapting Cognitive Therapy for Depression: Managing Complexity and Comorbidity*. New York, NY: Guilford Press; 2008.
10. Omid A, Tabatabai A, Sazvar A, Akkashe G. Epidemiology of Mental Disorders in Urbanized Areas of Natanz. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2003; 8(4): 32-8. [In Persian].
11. Bagheri Yazdi A, Bolhari J, Shah Mohammadi D. An epidemiological study of psychological disorders in a rural area (Meibod, Yazd) in Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 1994; 1(1): 32-41. [In Persian].
12. Agosti V, Oceppek-Welikson K. The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: a reanalysis of the National Institute of Mental health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Affect Disord* 1997; 43(3): 181-6.
13. Maddux RE, Riso LP, Klein DN, Markowitz JC, Rothbaum BO, Arnow BA, et al. Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *J Affect Disord* 2009; 117(3): 174-9.
14. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord* 2008; 110(3): 197-206.

15. Cuijpers P, van SA, Schuurmans J, van OP, Hollon SD, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(1): 51-62.
16. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press; 2003.
17. Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005; 36(3): 226-39.
18. Nordahl HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005; 36(3): 254-64.
19. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 16(4): 420-31. [In Persian].
20. Simpson SG, Morrow E, van VM, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol* 2010; 1: 182.
21. Akiskal HS. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 1983; 140(1): 11-20.
22. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cognitive Therapy and Research* 2010; 34(4): 368-79.
23. Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M, et al. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16(5): 394-407.
24. 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.
25. Khawaja NG, Bryden KJ. The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. *J Affect Disord* 2006; 96(1-2): 21-9.
26. Lyubomirsky S, Kasri F, Zehm K. Dysphoric Rumination Impairs Concentration on Academic Tasks. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27(3): 309-30.
27. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I*. Trans. Mohammad Khani SH. Tehran, Iran: Danje publication; 2010.
28. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and capability of Persian version of structured clinical interview on basis of DSM IV. *Adv Cogn Sci* 2004; 6(1-2): 10-22. [In Persian].
29. Dobson K, Mohammadkhani P. Psychometric trait of Beck depression inventory-II in patients with major depressive in poor interepisodic recovery. *Journal of Rehabilitation in Maladies and Mental Disorders* 2004; 8(29). [In Persian].
30. Jokar M. Investigation of effectiveness of personal counselling, telephonic counselling and book therapy with Beck cognitive method in reduction of depression symptoms at counselling center of Isfahan University [Thesis]. Isfahan, Iran: The University of Isfahan; 2004. [In Persian].
31. Akiskal HS. Factors associated with incomplete recovery in primary depressive illness. *J Clin Psychiatry* 1982; 43(7): 266-71.
32. Zlotnick C, Warshaw M, Shea MT, Keller MB. Trauma and chronic depression among patients with anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(2): 333-6.
33. Huibers M. CS05-02 - Schema therapy for chronic depression. *European Psychiatry* 2011; 26(Supplement): 1783.
34. Alnaes R, Torgersen S. Characteristics of patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. Childhood and precipitating events. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79(1): 11-8.
35. 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.
36. 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; 64(1): 22-31.
37. Schmaling KB, Dimidjian S, Katon W, Sullivan M. Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *J Abnorm Psychol* 2002; 111(2): 350-6.
38. Ravindran AV, Griffiths J, Waddell C, Anisman H. Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder: variations associated with alleviation of symptoms following pharmacotherapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1995; 19(4): 637-53.

The effect of schema therapy on chronic depression in students

Asghar Zerehpoush¹, Hamed Taher Neshatdoust², Karim Asgari³,
Mohammadreza Abedi⁴, Amir Hossein Sadeghi Hosniye⁵

Abstract

Aim and Background: Due to the development of a new approach to the treatment of chronic disorders and the higher prevalence of chronic depression in relation to non-chronic depression, this research was conducted in order to investigate the effectiveness of schema therapy on chronic depression.

Methods and Materials: 14 patients with chronic depression who were 21-29 years of age were selected from students of the University of Isfahan with available sampling. They were interviewed with Structured Clinical Interview (SCID-I) according to DSM-IV criteria. The Beck Depression Inventory was also used to screen the patients. They were then randomly assigned to experimental and control groups. Only the experimental group received schema therapy, for 8 weekly sessions.

Findings: The analysis of variance showed that schema therapy has significantly decreased the symptoms of depression in the experimental group.

Conclusions: The results suggest that schema therapy has lowered the symptoms of depression, alongside decreasing early maladaptive schemas. Moreover, this treatment can be performed in psychotherapy centers.

Keywords: Chronic depression, Schema therapy, Early maladaptive schemas, Student

Type of article: Original

Received: 06.05.2012

Accepted: 25.10.2012

1. MSc, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: as.zerehpoush@gmail.com

2- Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Department of Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran www.SID.ir

5- MSc, Department of Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran