مقـــاله تحقیقی

اثربخشی طرح واره درمانی بر کاهش اضـــطراب و افسردگی زنان نابـــارور شهـــر اراک

دکتر حسن تیموری[1]، دکتر محمد مهدی جهانگیری[2*]، حجت اله طهماسبیان[3]

[1] دانشیار گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

[2] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد محلات، محلات، ایران

[3] دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد محلات، محلات، ایران

نشانی الکترونیک:
m_jahangiri@iaumahallat.ac.ir

زمینه: اگرچه در بدو امر ناباروری به عنوان یک اختلال فیزیولوژیک طبقه بندی می شود اما تجربه ناباروری فراتر از یک نارسایی فیزیولوژیک،ابعاد روانی-اجتماعی فوق العاده ای می یابد.این،پژوهش با هدف اثربخشی طرح واره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور شهر اراک انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، کلیه زنان ناباروری بودند، که در سال ۱۳۹۵ به متخصصین نازایی در شهر اراک مراجعه کرده‌اند. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس براساس تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵نفر) گمارده شدند.سپس ۳۵ جلسه طرح واره درمانی بر روی گروه آزمایش انجام شد. جهت جمع آوری داده‌ها، از آزمون افسردگی بک و اضطراب بک استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تفاوت بین میانگین اضطراب و افسردگی ، پس از کنترل متغیر پیش آزمون در دو گروه آزمون و گواه معنی دار بود . هم چنین میانگین نمرات اضطراب و افسردگی گروه آزمون نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون کاهش معنی داری پیدا کرد (P=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: ضروری می رسد که در مداخلات بالینی ناباروری ،برنامه ریزی لازم برای مداخله در سطوح شناختی و هیجانی نیز صورت گیرد و بدلیل اثر بخشی طرح واره درمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور ،می توان از آن به عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی سود جست.

واژگان کلیدی: طرح واره درمانی، اضطراب، افسردگی، زنان نابارور

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

مقدمه

برای بسیاری از زوجین تولد فرزند ،معنا بخشیدن به زندگی است و ناباروری تهدید هویت و ارزیابی مجدد ارتباط زن و شوهر و هم چنین یک بحران و عدم تعادل در زندگی است(۱). ناباروری با ایجاد اختلال در تولید مثل همواره به عنوان پدیده ای گاه قابل درمان و گاه غیر قابل درمان، پیامدهای متعددی را ناخواسته در مقابل زوجین قرار داده است. سازمان بهداشت جهانی ،ناباروری (Infertility) را ناتوانی در بارداری پس از یک سال مقاربت منظم بدون استفاده از روش جلوگیری تعریف نموده است (۲). براساس مطالعات، ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان از ناباروری رنج می برند(۳). شیوع کلی ناباروری در ایران به آمار جهانی نزدیک بوده و در یک مطالعه جمعیت محور،۸% گزارش شده است (۴). مطالعات نشان داده است که در ناباروری۴۰ درصد به دلیل عوامل زنانه ۴۰ درصد به دلیل عوامل مردانه و ۲۰ درصد موارد به عوامل مشترک مربوط می شود(۵, ۱). در حدود ۴۰ درصد افراد حتی با استفاده از تکنولوژی جدید هم نمی توانند بارور شوند که خود منجر به عامل استرس زا شده که به تبع فرد را درگیر مشکلات متعددی اعم از جسمانی و روانی می کند(۶). آنچه که منجر به تشدید این بحران می شود بحث فرهنگی است. اگر چه مردان و زنان در ناباروری به یک میزان دخیل هستند، اما در کشورهای در حال توسعه به دلیل تعصبات اجتماعی ممکن است به عنوان یک مشکل زنانه تلقی شود. از طرفی، از آنجا که باروری از اهمیت فراوانی برخوردار است و به معنای تضمین دوام خانواده،امنیت و قدرت زن تلقی شده است، ناباروری به معنای نقص و شرم، بی کفایتی و تهدید تلقی گردیده است و حتی زمانی که علت ناباروری مردانه است باز این زنان هستند که مورد تحقیر قرار می گیرند(۷). مطالعات نشان داده است ناباروری برای زنان با میزان افسردگی بیشتری نسبت به مردان همراه است، به گونه ای که سطوح افسردگی در زنان نابارور مشابه افرادی است که از بیماری های مزمن مانند سرطان و ایدز رنج می برند(۹, ۸). ناباروری به نوعی منجر به ازدست دادن منزلت اجتماعی زنان شده و به تبع آشفتگی های هیجانی چون افسردگی، اضطراب،بی ارزشی ، درماندگی و ... را به دنبال داشته است. عدم توجه به اختلالات هیجانی زوجین نابارور، سیکل معیوبی را ایجاد می کند که احتمال ناباروری را افزایش داده و سلامت روانی و جسمانی آن ها را به مخاطره می اندازد و زمینه ابتلا آنها را به اختلال روانشناختی افزایش می دهد. شواهد فراوانی نشان میدهد که مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری میتواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد(۱۰). از طرفی افرادی که از آرامش خاطر و سلامت روانی برخوردارند،چون فشارهای روحی کمتری را تجربه می کنند، احتمال باروری آنان افزایش می یابد (۱۱). تحقیقات حاکی از آن است که سطح پایین تر اضطراب، به باروری بهتر زن و مرد کمک می کند(۱۲). در همین راستا، برخی پژوهش ها، ارتباط معنی داری را بین میزان اضطراب و احتمال باروری بعد از IVF گزارش کردند (۱۵-۱۳). مطالعات دیگر، نتایج نوید بخشی را در اثر بخشی مداخلات غیر دارویی بر نتایج درمان های ناباروری نشان داده اند (۱۸-۱۶).در مطالعات متفاوت دیگر، اثربخشی رویکرد طرح واره درمانی در افسردگی مزمن(۱۹)،اختلال شخصیت مرزی(۲۰)، اختلالات خوردن(۲۱) ،اختلال اضطراب فراگیر(۲۲) و اختلال دوقطبی(۲۳) نشان داده شده است. طرح واره درمانی گسترش cognitive behavioral training (CBT) است که بر کشف ریشه های مشکلات روحی در دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرح واره ها[۱] و باز والدینی حد و مرزدار[۲] تاکید دارد(۲۴). یانگ و همکاران فرض کردند که برخی از طرح‌واره‌ها، به خصوص طرح‌واره‌هایی که در طی دوران اولیه‌ی زندگی بر اثر تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته‌ی مرکزی اختلالات شخصیت[۳]، مشکلات خصیصه‌ای خفیف‌تر، و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک را تشکیل دهند. او این زیر مجموعه از طرح‌واره‌ها را، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه[۴] نام‌گذاری کرد(۲۵). در مدل طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار به عنوان هسته‌های بنیادین شناختی و عاطفی اختلالات در نظر گرفته می‌شوند. در همین راستا، با توجه به شیوع بالای ناباروری و افزایش روز افزون تقاضا برای درمان، و با توجه به مبهم بودن موفقیت درمان های ناباروری، زنان نابارور افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند، که می تواند در درمان های ناباروری آنان تاثیرگذار باشد، لذا این پژوهش سعی داشته تا اثربخشی رویکرد طرح واره درمانی را بر کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب در زنان نابارور در شهر اراک بررسی نماید.

روش کار

روش پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی است و از نظر روش تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد است. جامعه آماری در پژوهش را زنان نابارور مراجعه کننده به متخصصین زنان و نازایی شهر اراک تشکیل می دهند که در بازه زمانی اردیبهشت تا تابستان ۱۳۹۵مراجعه داشتند. روش

۱. Schema mode
۲. Limited reparenting
۳. Personality disorders
۴. Early maladaptive schema(EMSs)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

نمونه گیری با توجه به حساسیت موضوع از روش در دسترس استفاده شد.پس از توضیح دستیار درمانگر،از بین داوطلبان، ۳۰ نفر مطابق معیارهای پژوهشی،پس از تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل: دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، سابقه ناباروری حداقل به مدت یک سال و حداقل تحصیلات متوسطه، و ملاک های خروج شامل متقاضی طلاق بودن،سابقه اعتیاد و مصرف مواد مخدر یا محرک و عدم دریافت خدمات روانشناختی در طی دوره پژوهش بودند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه افسردگی بک: افسردگی بک یک ابزار خود سنجی با ۲۱ سوال است، که در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ارائه شد. دامنه نمره گذاری بین ۰ تا ۶۳ است که در یک مقیاس ۰ تا ۳ درجه بندی شده است. این مقیاس در مطالعات بسیاری دارای همسانی بالا بوده است. در ایران نیز این پرسشنامه هنجار یابی شده است(۲۶).

پرسشنامه اضطراب بک: مانند پرسشنامه افسردگی بک، توسط بک ساخته شده است و دارای ۲۱ سوال است. و هر ماده نمره بین ۰ تا ۳ می گیرد و دامنه کلی نمرات ۰ تا ۶۳ است.بک و همکاران همگونی درونی آن را برابر۰/۹۳گزارش کردند.روایی و اعتبار نسخه های فارسی، این مقیاس را مناسب ذکر کرده اند(۲۸, ۲۷)

رویکرد طرح واره درمانی به تفکیک جلسات : جلسات (۱ تا ۳): ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی،آموزش رویکرد طرح واره درمانی، اخذ رضایت نامه آگاهانه، ارایه آزمون های پژوهش. جلسات (۴ تا ۸): سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک های مقابله ای، ضابطه بندی مشکل مراجع براساس رویکرد طرح واره محور و تکمیل فرم مفهوم پردازی. جلسات(۸ تا ۱۶): استفاده از تکنیک های شناختی در جهت تردید و بی اعتبارسازی طرح واره های غالب مراجع. جلسات(۱۶ تا ۲۲): استفاده از تکنیک های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه های تحولی طرح واره ها و درک راهکار های ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی. جلسات(۲۳ تا ۲۵): تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار وتمرین رفتارهای مقابله ای سازگارانه برای ارضا نیازهای هیجانی اساسی و واداشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت های آموخته شده در درمان وپیشگیری از عود.

یافته ها

با استفاده از نرم افزار SPSS داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع و برابری واریانس‌ها می‌باشد. هم چنین قبل از اجرای تحلیل کواریانس باید پیش فرض وجود همگنی رگرسیون رعایت شود که بدین منظور از آزمون همگنی ضرایب رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی یکسان است.

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین پیش آزمون اضطراب گروه گواه ۷۲ /۱۶ و میانگین احساس افسردگی ۲۲/۵۴ می‌باشد. میانگین پس آزمون اضطراب ۱۷ و میانگین احساس افسردگی ۲۲/۷۲ می‌باشد. میانگین پیش آزمون اضطراب گروه آزمایش ۱۷/۳۰و میانگین احساس افسردگی ۲۳/۵۰می‌باشد. میانگین پس آزمون اضطراب ۱۱/۵۰و میانگین احساس افسردگی ۱۶/۸۰می‌باشد. بعد از اجرای طرح‌واره درمانی بر گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت فاحشی با میانگین گروه کنترل دیده می‌شود.

جدول ۱ .:میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	گروه ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	پیش آزمون	۴۳/۴	۷/۸۹
		پس آزمون	۳۴/۶	۶/۸۹
	گواه	پیش آزمون	۴۳/۷۳	۷/۳۹
		پس آزمون	۴۴/۵۳	۷/۶۲
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۴۶/۰۶	۸/۹۴
		پس آزمون	۳۲/۷۳	۶/۱۲
	گواه	پیش آزمون	۴۵/۴۶	۷/۵۳
		پس آزمون	۴۴/۸۶	۷/۴۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

همان گونه که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارتی با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون اضطراب به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های پس‌آزمون اضطراب معنی دار است (p=۰/۰۱، F=۱۲/۴۱، η=۰/۶۴). ضریب ایتا نشان می‌دهد که قدرت درمان با اضطراب ۶۴% می‌باشد.

جدول ۲:نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه اضطراب در گروه آزمایش و گواه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آزمون
پیش آزمون	۱۰۷/۸۶۱	۱	۱۰۷/۸۶۱			
گروه	۷۲۶/۰۲۵	۱	۷۲۶/۰۲۵	۱۲/۴۱	۰/۰۰۲	۰/۶۴
خطا	۱۵۷۹/۴۷۳	۲۷	۵۸/۴۹۹			

همان گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارتی با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون احساس افسردگی به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های پس‌آزمون احساس افسردگی معنی دار است (p=۰/۰۱، F=۹۴/۰۵، η=۰/۸۵). ضریب ایتا نشان می‌دهد که قدرت درمان با احساس افسردگی ۸۵% می‌باشد

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه احساس افسردگی در گروه آزمایش و گواه

منابع تغییرات	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب نسبی ایتا
پیش آزمون	۹۵۹/۶۲۴	۱	۹۵۹/۶۲۴			
گروه	۱۱۸۱/۰۸۹	۱	۱۸۱/۰۸۹	۹۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵
خطا	۳۳۹/۰۴۳	۲۷	۱۲/۵۵۷			

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش ارزیابی اثربخشی طرح واره درمانی بر شدت نشانه های افسردگی و اضطراب در زنان نابارور بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که رویکرد طرح واره درمانی بر کاهش شدت نشانه های افسردگی و اضطراب در زنان نابارور موثراست. این یافته با یافته های مالوجیانیس و همکاران(۱۹)، دیکهات و آرنتز(۲۰)، پیوگ (۲۱)، حمیدی پور و همکاران(۲۲) و هاوک و همکاران (۲۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان ذکر کرد، همانطور که بک (۲۶) بیان کرده است، جنبه مهم از افسردگی محتوای منفی طرحواره‌ها می باشد که باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند، به گونه‌ای که افراد بر داده‌های همخوان با طرحواره انگشت می‌گذارد، و داده‌هایی را که با طرحواره منافات دارد نادیده می‌گیرد. در این رویکرد به نظر می‌رسد با استفاده از راهبردهای‌شناختی و با تکمیل فرایند بازسازی طرحواره و طراحی کارت آموزشی و با به کارگیری قوی‌ترین استدلالها علیه طرحواره، بیماران توانسته‌اند پاسخ‌های منطقی را فعال کنند، و با تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اصلاح سوگیری‌های‌شناختی، توانستند در علایم افسردگی به بهبودی دست یابند.

تکنیک‌های‌شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره‌ها، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تاییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارتهای آموزشی و... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرحواره غلط و یا سخت اغراق آمیز است. از موارد دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی اشاره کرد، که بیماران از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند. استفاده از تکنیک‌های تجربی، یکی از ویژگی‌های کلیدی طرحواره درمانی است، چرا که گرینبرگ و سفران (۱۹۹۴) شواهدی ارائه دادند که نشان می‌داد، سیستم‌های‌شناختی-عقلانی مبتنی بر زبان از سیستم‌های مرتبط با هیجان مستقل هستند. تکنیک‌های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان‌هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته هستند، که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیت‌ها می‌شوند. از جمله تکنیک‌های بکار گرفته شده در این پژوهش می‌توان به نوشتن یک نامه‌ی بدون سانسور به منشا طرحواره اشاره نمود. به عنوان نتیجه گیری، ضروری می رسد که در مداخلات بالینی ناباروری ،برنامه ریزی لازم برای مداخله در سطوح شناختی و هیجانی نیز صورت گیرد و بدلیل اثر بخشی طرح واره درمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور ،می توان از آن به عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی سود جست.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

مراجع

1. Poddar S, Sanyal N, Mukherjee U. Psychological profile of women with infertility: A comparative study. Ind Psychiatry J. 2014;23(2):117-26.

2. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30(1):11-20.

3. Kalkhoran LF, Bahrami H, Farrokhi NA, Zeraati H, Tarahomi M. Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran. Journal of Reproduction & Infertility. 2011;12(2).

4. Safarinejad MR. Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Androl. 2008;31(3):303-14.

5.Behdani F, Erfanian M, Hebrani P, Hojat S. Prevalence of depression and related factors in infertile women. J Fundam Ment Health. 2004.

6. Tao P, Coates R, Maycock B. The impact of infertility on sexuality: A literature review. Australas Med J. 2011;4(11):620-7.

7. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;12(2):146-53.

8. Mindes EJ, Ingram KM, Kliewer W, James CA. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. Soc Sci Med. 2003;56(10):2165-80.

9. Miles LM, Keitel M, Jackson M, Harris A, Licciardi F. Predictors of distress in women being treated for infertility. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2009;27(3):238-57.

10. van den Akker OB. Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. Patient Educ Couns. 2005;57(2):183-9.

11. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Magna A, Merarim D, Nielsen B, Paul D. The stress and distress of infertility: Does religion help women cope?. Sexuality, Reproduction and Menopause. 2005;3(2):45-51.

12. Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? Hum Reprod. 2006;21(7):1651-8.

13. Lancastle D, Boivin J. Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment? Health Psychol. 2005;24(2):171-8.

14. Csemiczky G, Landgren BM, Collins A. The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79(2):113-8.

15. Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DD. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. Hum Reprod. 2001;16(7):1420-3.

16. Noorbala AA, Ramazanzadeh F, Malekafzali H, Abedinia N, Forooshani AR, Shariat M, Jafarabadi M. Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. Int J Gynaecol Obstet. 2008;101(3):248-52.

17. Heidari P, Latifnejad R, Sahebi A, Jahaniyan M, Mazloum SR. Impact of cognitive behaviour therapy on anxiety level of primary infertile women undergoing IUI. Journal of Reproduction & Infertility. 2002;3(3).

18. Yektatalab S, Jahanmiris.H.The effect of group psychotherapy on anxious and depressed in fertile woman. 2003.

19. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S5, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014;45(3):319-29.

20. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014;45(2):242-51.

21. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. Clin Psychol Rev. 2015;39:30-41.

22. Hamidpour H, Dolatshai B, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2011;16(4):420-31.

23. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. J Affect Disord. 2013;148(1):118-22.

24. 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.

25. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2003.

26. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893-7.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]