درمان بومی اختلالات افسردگی مزمن

سید محمدرضا صمصام شریعت*
حمید طاهر نشاط‌دوست**
مهرداد کلانتری***
سید حمیدرضا عریضی سامانی****

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تدوین درمان بومی آسیب افسردگی مزمن است. این پژوهش به شیوهٔ کیفی و با استفاده از روش نظریهٔ برخاسته از داده‌ها انجام گرفته است. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ مقالات و کتاب‌های موجود، نظریات درمانگران و صاحب‌نظران دربارهٔ افسردگی مزمن و کلیهٔ مبتلایان به افسردگی مزمن مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان-درمانی و سلامت روانی شهر اصفهان در گروه سنی ۲۵-۶۰ سال است که در تابستان ۱۳۹۶ به‌طور سرپایی درمان شدند. از میان متون مرتبط، ۶۰ مقاله و از مبتلایان به افسردگی مزمن به شیوهٔ هدف‌مند ۱۲ نفر انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مصاحبهٔ بالینیِ ساختاریافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن در DSM–5 (Scid-5-cv)، مصاحبه با سؤالات باز و به‌صورت نیمه‌ساختاریافته و مقیاس ۲۴ آیتمی همیلتون (HRSD24) بود. نتایج حاصل از

* دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، مربی آموزش عالی امین (mohammad5ir@yahoo.com) (نویسندهٔ مسئول)

** استاد تمام روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

*** استاد تمام روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

**** استاد تمام روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۲۵ تاریخ پذیرش:۱۳۹۶/۵/۲۴

Archive of SID
www.SID.ir

مراحل کدگذاری داده‌ها نشان داد که آسیب‌های مرتبط با افسردگی مزمن در قالب مقوله‌های عوامل شناختی و رفتاری، ناامیدی به درمان، داشتن سوابق قبلی انواع افسردگی، تشخیص نامناسب، درمان نامناسب، عامل خانوادگی و روابط اجتماعی و نیز شغلی و تحصیلی و مالی طبقه‌بندی شدند. بنابراین، پروتکل درمانی بومیِ مبتنی بر این الگو، بر اساس مقوله‌های مذکور بود و با توجه به اثربخشی درمان‌های پیشین، این پروتکل درمانی ترکیبی بود از: طرح‌وارهٔ درمانی (ST)، روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP)، فعال‌سازی رفتاری(BAT)، روان‌درمانی بین فردی (IPT) و شناختی-رفتاری (CBT).

واژه‌های کلیدی

الگوی بومی، درمان بومی، اختلال افسردگی، و افسردگی مزمن.

مقدمه

بر اساس مطالعهٔ ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران مبتنی بر ۴۴ مقالهٔ فارسی و ۱۲ مقالهٔ انگلیسی، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است و شیوع آن در جمعیت‌های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر و در زنان و دختران بیشتر از مردان است و در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک به نسبت شهرهای بزرگ بیشتر مشاهده می‌شود (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲). در خصوص شیوع انواع اختلال افسردگی، آمار مشخصی در دست نیست. در همین حال همواره ۲۵ تا ۴۰ درصد از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌پزشکی با مشکل افسردگی مزمن روبه‌رو هستند (کلارک و واتسون[1]، ۱۹۹۹). مشکلات خانوادگی و شغلی این افراد بیشتر است و آنان در روابط بین فردی مشکلات شدیدتری دارند (کلاین[2] و همکاران، ۱۹۹۸) و خُلق افسرده در آن بهبود نیافته است و گاهی اوقات ۲۰ تا ۳۰ سال و یا حتی بیشتر طول می‌کشد؛ به طوری که متوسط زمان طول کشیدن این اختلال در بزرگ‌سالان تقریباً ۵ سال است (بارلو و دوراند[3]، ۲۰۰۰). این مشکل اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شود و ۴۰ درصد از مبتلایان به آن دارودرمانی

1. Clark & Watson
2. Klien
3. Barlow & Durand

www.SID.ir

برایشان کارساز نیست (گوتلیپ و اسکراکلی[1]، ۲۰۰۰) و در اغلب تلاش‌هایشان احساس بی‌کفایتی می‌کنند و نمی‌توانند از وقایع زندگی لذت ببرند (هالجین و ویتبورن[2]، ۲۰۰۳).

در DSM-5[3] (انجمن روان‌پزشکی امریکا[4]، ۲۰۱۳)، تشخیص مزمن بودن افسردگی براساس دو اختلال افسردگی عمدهٔ مزمن و افسرده‌خویی است که در اختلال افسردگی مداوم[5] تبیین می‌شود (ملوجیانیس[6] و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس، بیمار با نشانه‌های افسردگی اساسی، به‌عنوان نوع حاد افسردگی و نیز با علائم با شدت کمتر در افسرده‌خویی، بسته به طولانی شدن دورهٔ بیماری (حداقل دو سال در بزرگ‌سالان و یک سال درکودکان و نوجوانان)، تشخیص مزمن شدن افسردگی را دریافت می‌کند (تورپی و کلاین[7]، ۲۰۰۸). این در حالی است که در تظاهرات بالینی و تشخیص مبتنی بر DSM-5، همان علائم افسردگی اساسی و یا افسرده‌خویی قابل مشاهده است و لزوماً از لحاظ کیفیت تفاوت خاصی با اختلالات مذکور وجود ندارد (ریسو[8] و همکاران، ۲۰۰۲). ولی آنچه مهم است عواملی است که در ایجاد افسردگی مزمن[9]، به‌عنوان عوامل تداوم‌بخش افسردگی، به آن‌ها کمتر توجه شده و موجب مقاومت در درمان آن می‌شود (براون[10] و همکاران، ۲۰۰۸؛ کلاین و همکاران، ۲۰۰۹). این موضوع در شرایطی است که در مطالعات متعددی به شناسایی عوامل آسیب‌پذیری هر یک از اختلالات افسردگی توجه شده و به این عواملی که موجبات مزمن بودن افسردگی را فراهم می‌کند، کمتر پرداخته شده است (ملوجیانیس و همکاران، ۲۰۱۴).

از سویی، درمان‌های مورد استفادهٔ روان درمانگران در شرایط مزمن بودن افسردگی، همچنان بر درمان‌های به کار رفته بر انواع اختلالات افسردگی موجود در طبقات تشخیصی متمرکز است که در آن‌ها به اطلاعات مرتبط با تداوم افسردگی کمتر پرداخته شده است (مور و گارلند[11]، ۲۰۰۳). این در حالی است که احتمالاً در شرایط مزمن بودن افسردگی، بیمار موارد جدیدی را تجربه می‌کند که ممکن است نادیده گرفته شوند. تبیین این دسته از موارد می‌تواند به تدوین الگویی از اختلالات افسردگی مزمن

1. Gotlip & Schrackly
2. Halgin & Whitbourne
3. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders(fifth edition)
4. American Psychiatric Association
5. persistent depressive disorder
6. Malogiannis
7. Torpey & Klein
8. Riso
9. chronic deprassion
10. Brown
11. Moore & Garland

Archive of SID

www.SID.ir

تبیین این دسته از موارد می‌تواند به تدوین الگویی از اختلالات افسردگی مزمن بینجامد تا بر اساس آن بتوان درمانی را تدوین کرد که زمینه‌ها و شرایط ایجادکنندهٔ تداوم اختلال افسردگی را مورد توجه قرار دهد.

در درمان اختلالات روانی با عنایت به الگوهای قبلی آن‌ها، رویکردهای متفاوتی وجود دارد. لیکن، به‌دلیل نبود الگوی تبیینی اختلالات افسردگی مزمن، به‌نظر می‌رسد عوامل ناشناخته یا مهمی وجود دارند که در درمان‌های متداول سایر اختلالات افسردگی ـ که برای درمان این اختلال نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند ـ نادیده گرفته شده‌اند. با وجود این، درمان‌هایی برای افسردگی مزمن انجام گرفته که بیشتر متکی بر یک بُعد و رویکرد خاص است. برای مثال نتایج تحقیقات هلرستین و همکاران[1] (۲۰۱۵) نشان داد درمان فعال‌سازی رفتاری موجب بهبود شغلی و کاهش اجتناب رفتاری و بهبود عملکرد کلی در افسردگی مزمن شده است. همچنین، ملوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند طرح‌وارهٔ درمانی (ST)[2] یک درمان مؤثر برای افسردگی مزمن است و کلاین و همکاران (۲۰۱۴) نیز به همراه سوان[3] و همکاران (۲۰۱۴) روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP)[4] را روش مؤثری برای درمان افسردگی مزمن گزارش کردند. تابنر[5] (۲۰۱۳) نیز کار با خاطرات ناخودآگاه و آگاه را موجب بهبود توانایی‌های پاسخ‌دهی و سازماندهی روانی بیشتر در افسردگی مزمن گزارش کرده است. در هر حال، درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تری آثار درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت دارند و درمانگرانشان به آموزش کمی نیاز دارند و هزینهٔ مالی کمتری برای درمان‌جویان دارد، نسبت به درمان‌هایی که هزینهٔ بالایی برای سیستم خدمات بهداشتی و درمان‌جویان به بار می‌آورند در اولویت قرار دارند (کازدین[6]، ۱۹۹۲). همچنین، درمانی که بتواند ناشی از اطلاعات واقعی جنبه‌های آسیب‌پذیری روانی و اجتماعی در اختلال افسردگی مزمن تدوین شده باشد، علاوه بر تکمیل سایر درمان‌ها، می‌تواند در زمان کوتاه‌تر و به شکلی مقرون به‌صرفه‌تر در راستای درمان دقیق این اختلال گامی اساسی بردارد.

1. Hellerstein
2. Schema Therapy
3. Swan
4. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy
5. Taubner
6. Kazdin

www.SID.ir

درمان‌های متداول در افسردگی مزمن عبارت‌اند از: ۱) روان‌درمانی روان‌پویشی: از لحاظ تاریخی، تفکر روان‌کاوی مرتبط با افسردگی مزمن به‌عنوان تبیینی از آسیب عملکردی شخصیت است و درنتیجه با درمان روان‌پویشی نتیجه خواهد داد (مارکوویتز[1]، ۱۹۹۵). ۲) درمان شناختی رفتاری: درمان شناختی رفتاری با پرداختن به تفکرات ناسازگارانه و بدبینانه[2] که موجب افسردگی است، افسردگی را درمان می‌کند. در یک همکاری و تشریک مساعی، فرد و درمانگر به شناسایی و پس از آن به تغییر آن دسته از عناصر تفکرات و رفتارهایی که تصور می‌شود به ایجاد علائم افسردگی کمک می‌کنند، می‌پردازند. ۳) طرح‌وارهٔ درمانی[3]: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه همراه با مهارت‌های اجتماعی پایه‌ای عوامل مهمی در افزایش میزان آسیب‌پذیری به افسردگی است (رنیک و سیمونز[4]، ۲۰۰۵). ۴) درمان فعال‌سازی رفتاری[5]: درمان فعال‌سازی رفتاری موجب بهبود عملکرد و کاهش اجتناب رفتاری و بهبود عملکرد کلی در افسردگی مزمن است (هلرستین[6] و همکاران، ۲۰۱۵). ۵) روان‌درمانی بین فردی: در واقع این یک رویکرد روان‌درمانی متمرکز با زمان محدود است که به بیماران در شناسایی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل‌ساز در روابط میان فردی و تغییر آن‌ها کمک می‌کند (وایزمن[7] و همکاران، ۲۰۰۰؛ کلرمن[8] و همکاران، ۱۹۸۴). ۶) روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی(CBASP)[9]: در روان‌درمانی تحلیلی شناختی-رفتاری فرض اساسی بر این باور است که افسردگی مزمن در نتیجهٔ توأمان ناسازگاری حل مشکل اجتماعی و ناتوانی در تشخیص و درک آثار فردی از رفتار فرد ایجاد می‌شود؛ بنابراین، روان‌درمانی تحلیلی شناختی-رفتاری ادغام عناصری از درمان شناختی، رفتاری، و بین فردی برای افسردگی و استفاده از آن‌ها در یک شکل تعاملی محدود به زمان است (مک‌کالج[10] و همکاران، ۲۰۰۰). ۷) گروه درمانی[11] (مارکوویتز، ۱۹۹۸؛ مک‌کالج و همکاران، ۲۰۰۰). ۸) درمان

1. Markowitz
2. the maladaptive and pessimistic thinking
3. schema therapy
4. Reinecke & Simons
5. behavioral activation therapy
6. Hellerstein
7. Weissman
8. Klerman
9. Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy
10. McCullough
11. group therapy

www.SID.ir

خانواده‌محور[1]: مداخلات درمانیِ خانواده‌محور برای اختلالات افسردگی مزمن نقش مهمی در درمان این اختلالات دارد. مداخلات درمانی خانواده‌محور، بر عملکرد روانی افراد مبتلا به اختلالات افسردگی مزمن متمرکز است؛ زیرا یکی از مهم‌ترین جنبه‌های عملکرد روانی هر فرد مربوط به روابطش با خانواده و تعاملات با آن‌هاست (میلر[2] و همکاران، ۲۰۰۴).

بر اساس این درمان‌ها، مشترکات درمانی‌ای می‌توان استخراج کرد(صمصام شریعت[3] و همکاران، ۲۰۱۶) که عبارت‌اند از: ۱) محدودیت زمانی در روان‌درمانی: محدودیت زمان بر اساس این فرض است که همواره هم در بیمار و هم در درمانگر تمرکز انرژی وجود داشته و انگیزهٔ بالاتری برای تغییر رفتار وجود دارد (وایزمن و همکاران، ۲۰۰۰). ۲) ارائهٔ منطق صریح و روشن برای درمان: اگر در تمامی این روان‌درمانی‌ها بیمار با یک دلیل منطقی خوب روبه‌رو شود، به وی در تنظیم و انسجام درمانی‌اش کمک می‌کند و بیمار می‌تواند بهتر از قبل نشانه‌های افسردگی خود را کنترل کند. ۳) فعال بودن درمانگر: درمانگران در تمام درمان‌های روانی مؤثر باید موضع فعالی در طول درمان داشته باشند (کیتنر و کاردمیل[4]، ۲۰۰۴). ۴) تمرکز بر روی مشکلات کنونی: در تضاد با روان‌درمانی‌های سنتی و روان‌کاوی، روان‌درمانی به شکل فعلی به‌طور خاص بر مشکلاتی تمرکز دارد که بیمار در حال تجربهٔ آن‌هاست (وایزمن و همکاران، ۲۰۰۰). ۵) خودبازبینی[5] از تغییر و پیشرفت: روان‌درمانی می‌تواند برای ایجاد گرایش به بیماران برای نظارت بر رفتار و خلق و خوی خود آموزش دهد. ۶) ارائهٔ تکالیف به‌طور منظم: این مشق شب درواقع گسترش درس درمان برای بیماران است و به آن‌ها کمک می‌کند با یک بینش روشن‌تر بتوانند نیازهای درمانی خود را به مشکلات دنیای واقعی تعمیم دهند. علاوه بر این، تکالیف بیشتر می‌تواند حس بیماران از کنترل شخصی و اثربخشی را تقویت کند (کیتنر و کاردمیل، ۲۰۰۴). ۷) نگهداری دستاوردهای درمانی: تداوم درمان و حفظ دستاوردهای حاصل‌شده به احتمال زیاد نقش مهمی در

1. family-based therapy
2. Miller
3. Samsam Shariat
4. Keitner & Cardemil
5. self-monitoring

www.SID.ir

جلوگیری از عود و بازگشت بیماری دارند (فاوا[1] و همکاران، ۱۹۹۸؛ فرانک[2] و همکاران، ۱۹۹۱). ۸) ترکیب دارو و روان‌درمان: علائمی مانند بی‌خوابی و اضطراب معمولاً به‌دلیل کاهش سریع دارودرمانی پدید می‌آید. در صورت کنترل این گونه علائم در بیماران احتمالاً مداخلات روان‌درمانی کافی خواهد بود. ۹) مداخلات مبتنی بر خانواده[3]: گنجاندن خانواده به‌طور خاص به‌عنوان افراد مهمی که در تعامل با حوزه‌های اجتماعی بیمار تعریف شده‌اند، ممکن است برای آن دسته از بیمارانی که دچار مشکلات قابل توجهی در روابط بین فردی و اجتماعی شده‌اند و یا کسانی که به اندازهٔ کافی به روان‌درمانی یا ترکیبی از روان‌درمانی و دارودرمانی پاسخ نداده‌اند، نقش مهمی داشته باشد (اپستین[4] و همکاران، ۱۹۹۸). در هر حال آسیب‌پذیری روانی اجتماعی از سویی دربردارندهٔ جنبه‌های روانی و شرایط روانی زیربنایی است که به تظاهر و تداوم اختلال منجر می‌شود و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر آن اثر دارد و شامل نوع تفکر، عزت نفس و ویژگی‌های شخصیتی و نظایر آن است و از سوی دیگر، شامل جنبه‌های اجتماعی است که منظور از آن محیطی است که اطراف بیمار را احاطه کرده و شامل اعتقادات، شرایط اقتصادی، روابط زناشویی، محیط فرهنگی، گروه همسالان و نظایر آن است. همچنین، دانش بومی[5] هر نوع دانشی است که در بستر اجتماعی خاصی قرار دارد و بر اساس نظر گیرتز[6] (۱۹۸۳) دانش خاصی است که به‌شدت در موقعیت و بافت خاصی ریشه دارد و رشد کرده است (هرزل و ورکام[7]، ۲۰۰۸). در این میان بومی‌سازی[8] به معنای اشاعه، انطباق و رشد چارچوب نظری دانش، فناوری، هنجارهای رفتاری و ارزش‌های محلی در موقعیت و بستر خاص است (چنگ[9]، ۲۰۰۰) و شامل انطباق هنجارها، ابتکارات و ارزش‌هایی است که هدفشان تحقق بخشیدن به نیازهای یک جامعه است و سبب ارتقای مسائل خاص در بستر آن جامعه می‌شود (چنگ و همکاران، ۲۰۰۲).

این مطالعه به دنبال تدوین بستهٔ درمانی اختلالات افسردگی مزمن در شهر اصفهان

1. Fava
2. Frank
3. family-based interventions
4. Epstein
5. local knowledge
6. Geertz
7. Herzele & Woerkum
8. localization
9. Cheng

www.SID.ir

است. علیزاده و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند افسردگی شایع‌ترین مشکل روانی در میان سایر اختلالات روانی در جمعیت بزرگ‌سال استان اصفهان است. شکیبایی و اسماعیلی (۱۳۸۷) نشان دادند ۲۴/۲ درصد دانش‌آموزان دختر و ۱۹/۸درصد دانش‌آموزان پسر اصفهانی دارای اختلال افسردگی هستند. تابان و همکاران (۱۳۸۴) نیز در مطالعه‌ای با موضوع شیوع افسردگی در سالمندان شهر اصفهان نشان دادند از ۱۲۴ نفر گروه سالمند ۸۶/۴ درصد افراد افسرده بودند. تبیین دلایل این میزان بالا از افسردگی در اصفهان دشوار است و به مطالعات متعددی نیاز دارد. لیکن، از نتایج یافته‌های رضوی و فروغی (۱۳۹۶) ـ که بر وضعیت اجتماعی این شهر به لحاظ تاریخی متمرکز است و نشان داد مردم اصفهان در ادوار متعددی در طول تاریخ، در کنار همسایگی اقوام متفاوت در این شهر، اختلافات سیاسی و مذهبی و نفاق اجتماعی را به دلایل متعددی تجربه کرده‌اند ـ می‌توان انتظار داشت ویژگی احتیاط بالا با کاهش برون‌ریزی هیجانی همراه با سرسختی بیشتر بر عقاید، صفات پایدار و تثبیت‌شده‌ای در مردمان این شهر توأم است. بازداری رفتاری و کاهش برون‌ریزی هیجانی با نگرانی / ترس، کاهش فعالیت و فقدان رویکرد در موقعیت‌های تازه و ناشادی در ارتباط است (کاگان[1] و همکاران، ۱۹۸۷). همچنین یافته‌های پژوهش محمدی و ایزدی (۱۳۹۱) نیز بیانگر عدم توزیع شاخص‌های فرهنگی در مناطق شهری اصفهان به‌صورت متوازن و اختلاف فاحشی بین مناطق شهری از نظر توسعهٔ خدمات فرهنگی است؛ موضوعی که کار را برای همجواری و سازگاری بین فردی شهرنشینان اصفهانی سخت‌تر می‌کند. بنابراین، شاید بتوان علاوه بر اطمینان از وجود افسردگی با نرخ بالا در میان ساکنان این شهر، سرسختی در عقاید و باورمندی‌ها و نیز احتیاط و کنترل بالا در افراد را که می‌توانند در جای خود به‌عنوان عوامل محیطی مهمی در زمینهٔ مشکل افسردگی قلمداد شوند، به‌عنوان شاخص‌های خلقی موجود در این شهر در نظر گرفت.

همچنین، برخی علل به منظور تبیین الگوی افسردگی مزمن، با توجه به مطالعات انجام‌شده دربارهٔ افسردگی اساسی تا حدودی ممکن است. لیکن، به نظر می‌آید همچنان عوامل مهمی وجود دارند که به شکلی تأثیرگذار در مزمن بودن اختلال نقش اساسی دارند، ولی در افسردگی مزمن چندان پررنگ نیستند؛ عواملی که در این پژوهش بتواند موجب تدوین درمانی شود و در آن علاوه بر تأکید بر موقعیت بومی، به آن‌ها توجه ویژه‌ای شده باشد.

1. Kagan

www.SID.ir

سؤال

جایابی درمان افسردگی مزمن بر اساس مقوله‌های مرتبط با این اختلال چگونه است؟

روش

این پژوهش به شیوهٔ کیفی و با استفاده از روش نظریهٔ برخاسته از داده‌ها[1] انجام گرفت. ابتدا با مرور ادبیات پژوهش، سؤالات مصاحبهٔ نیمه‌ساختار یافته در زمینهٔ افسردگی مزمن تدوین شد و در جلساتی مورد بحث پژوهشگران و اساتید و صاحب‌نظران حوزهٔ اختلالات بالینی قرار گرفت تا صحت محتوا و کفایت آن‌ها بررسی شود و درمورد محتوای مصاحبه و سؤال‌های آن اجماع نظر حاصل شود. پس از تدوین سؤالات مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته، جلسات مصاحبه از سوی پژوهشگران با بیماران مبتلا به افسردگی مزمن انجام شد و عوامل مرتبط با افسردگی مزمن بر اساس نظر آن‌ها استخراج گردید. برای بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت‌گرفته، مفهوم‌سازی و استخراج مقوله‌ها از روش سیستماتیک[2] استفاده شد. طرح تحقیق سیستماتیک در نظریهٔ برخاسته از داده‌ها، بر استفاده از مراحل تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی تأکید دارد (بازرگان، ۱۳۸۷). فرایند کدگذاری داده‌ها در جریان گردآوری آن‌ها به اجرا درآمد. به منظور اعتباربخشی از سه سویه‌سازی (مثلث‌سازی[3]) چندسویه‌نگر بر اساس مقوله‌های مستخرج از مصاحبه با بیماران، مقوله‌های مستخرج از مصاحبه با متخصصان و پژوهش‌های انجام‌شده در زمینهٔ افسردگی مزمن استفاده شد و درنهایت عوامل مرتبط با این اختلال طبقه‌بندی گردید.

جامعهٔ آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری بدین شرح است: ۱) مقالات و کتاب‌های موجود، ۲) نظریات درمانگران و صاحب‌نظران دربارهٔ افسردگی مزمن و ۳) همهٔ مبتلایان به افسردگی مزمن مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌درمانی و سلامت روانی در شهر اصفهان در گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال که به‌طور سرپایی درمان شدند.

1. grounded theory
2. systematic
3. triangulation

Archive of SID

www.SID.ir

جدول ۱ منابع مورد استفاده در مطالعهٔ افسردگی مزمن

محققان	موضوع تحقیق مرتبط با افسردگی مزمن
کلارک و واتسون (۱۹۹۹)	کم حوصلگی، خلق اضطرابی، خمودگی بدنی و تظاهر دائمی غم در چهره
منتظری و همکاران (۱۳۹۱)	خلق کمال‌گرا
رایس[1] و همکاران (۲۰۱۰)	عدم علاقه‌مندی شغلی، شکست شغلی و تحصیلی
آنگست[2] و همکاران (۲۰۱۱)، منتظری و همکاران (۱۳۹۱)	احساس خودکم بینی، بی‌ارزشی و احساس گناه و سرزنش خود
	افراط در نگرش‌های مذهبی و اصول‌گرایی در آن
	افراط در نگرش‌های غیرمذهبی
موریس (۲۰۰۶)	انتظارات ذهنی زیاد از دیگران و انتظارات ذهنی بالا از خانواده
مور وگارلند (۲۰۰۳)، تاسه[3] (۱۹۹۴)	افکار مکرر مرگ، انتظار همیشگی برای مرگ و تمام شدن و ناامیدی
هلرستین و همکاران (۲۰۱۵)، منتظری و همکاران (۱۳۹۱)	تمایل ذهنی به تنهایی و عدم تمایل ذهنی به روابط صمیمانه با اعضای خانواده
کلارک و واتسون (۱۹۹۹)	بی احساسی در واکنش‌ها، افراط در واکنش‌های احساسی و فقدان احساس لذت
علوی و همکاران (۲۰۱۱)	احساس مشکل در کنترل تکانه و پرخاشگری‌های نامتناسب با شرایط
ریسو و همکاران (۲۰۰۲)	ضعف مکرر جسمی و بیماری‌های جسمی مکرر
	وجود تنش در خانواده، نارضایتی زناشویی
آنگست و همکاران(۲۰۱۱)	مشکلات جنسی و مشکلات رفتاری همسر

1. Raes
2. Angset
3. Thase

Archive of SID

www.SID.ir

ادمهٔ جدول ۱

محققان	موضوع تحقیق مرتبط با افسردگی مزمن
آنگست و همکاران (۲۰۱۱)	وجود تنش در خانواده، نارضایتی زناشویی مشکلات جنسی و مشکلات رفتاری همسر
بروک[1] و همکاران (۲۰۱۵)	شکست در روابط عاطفی، نداشتن دوست نزدیک، مشکل در برقراری روابط و مهارت آن عدم ارتباط با اقوام و آشنایان
اسکات[2] (۱۹۸۸)	سابقهٔ افسردگی در خانواده
بروک میر و همکاران (۲۰۱۵)	مصرف طولانی‌مدت داروهای ضد افسردگی، ناامیدی به فرایندهای درمانی، گذراندن دوره‌های متعدد درمانی و داشتن سوابق قبلی از انواع افسردگی

1. Brockmeyer
2. Scott

Archive of SID

www.SID.ir

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متخصصان و کارشناسان

	جنسیت	تحصیلات	وضعیت شغلی	حیطهٔ شغلی
۱	مرد	دکتری	روان‌پزشک	اختلالات روانی
۲	زن	دکتری	روان‌شناس بالینی	مشاورهٔ فردی و بالینی
۳	زن	دکتری	روان‌شناس بالینی	مشاورهٔ فردی و بالینی
۴	مرد	دکتری	روان‌شناس بالینی	مشاورهٔ فردی و بالینی
۵	مرد	دانشجوی دکتری	روان‌شناس عمومی	مشاورهٔ فردی
۶	زن	دانشجوی دکتری	روان‌شناس عمومی	مشاورهٔ فردی
۷	زن	دانشجوی دکتری	روان‌شناس بالینی	مشاورهٔ فردی
۸	مرد	کارشناس ارشد	روان‌شناس بالینی	مشاورهٔ فردی و بالینی

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت شغلی	وضعیت تأهل	مدت زمان افسردگی (بر اساس مصرف دارو)
۱	مرد	۳۰	کارشناسی ناتمام	کارمند (قراردادی)	مجرد	۵ سال
۲	مرد	۳۲	کارشناسی	آزاد	متأهل	۴ سال
۳	زن	۵۳	کارشناسی	دبیر	طلاق گرفته	۳ سال
۴	زن	۴۸	دیپلم	بازنشسته	متأهل	۳ سال
۵	مرد	۶۰	سیکل	راننده-بازنشسته	متأهل	۵ سال
۶	زن	۴۸	سیکل	خانه‌دار	متأهل	۷ سال
۷	زن	۲۶	کارشناسی	کارمند	متأهل	۱۲ سال
۸	زن	۴۲	دکتری	پزشک عمومی	مجرد	۱۴سال
۹	مرد	۵۹	دیپلم ناتمام	نگهبان-بازنشسته	متأهل	۱۱سال
۱۰	مرد	۲۸	کارشناسی	کارمند	مجرد	۵ سال
۱۱	مرد	۲۷	کارشناسی ناتمام	آزاد	مجرد	۳ سال
۱۲	مرد	۵۶	دیپلم ناتمام	راننده	متأهل	۴ سال

با توجه به استفاده از روش نظریهٔ زمینه‌ای، نمونه‌ای به شیوهٔ هدفمند با تعداد محدود (۱۲نفر) در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱) واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-IV با استفاده از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن در DSM–5 (Scid-5-cv)؛ ۲) سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال؛ ۳) نمرهٔ ۱۵ یا بالاتر در مقیاس ۲۴ موردی همیلتون برای افسردگی

www.SID.ir

(HRSD24)[1]؛ ۴) تحصیلات سیکل به بالا؛ ۵) رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح؛ ۶) واجد بهرهٔ هوشی حداقل در حد متوسط و ۷) عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی در شش ماه گذشته. ملاک‌هایی که مانع ورود افراد به مطالعهٔ حاضر شده است یا وقوع آن‌ها حین انجام کار باعث خروج افراد از مطالعه می‌شد عبارت بودند از: ۱) ابتلا به یک بیماری شدید جسمی، اختلالات نورولوژیک، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات با علائم روان‌پریشی، اختلال دو قطبی، اختلالات افسردگی ناشی از سوء مصرف مواد، الکل و سایر اختلالات روان‌پزشکی که افسردگی علائم ثانوی آن‌ها باشد، و اختلال شخصیت مرزی یا ضد اجتماعی؛ ۲) درمان با شوک الکتریکی در ۶ ماه گذشته؛ ۳) عدم تمایلِ بیمار به ادامهٔ درمان و ۴) دارا بودن افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی و نیازمند به مداخلهٔ فوری.

ابزارها

۱. مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن در DSM-5 (Scid-5-cv)[2]: مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته براساس DSM–5، ابزاری جهت تشخیص‌گذاری است که نسخهٔ پیشین آن را فرست[3] و همکاران (۱۹۹۷) تهیه کردند. پایایی SCID برای اختلال‌های محور I در DSM-IV را از طریق بازآزمایی روی گروهی، توسط هفت مصاحبه‌گر بررسی شد و ضریب کاپای قابل قبول ۰/۷ گزارش گردید. در این پژوهش از نسخهٔ جدید مایکل[4] و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شده است. مزیت عمدهٔ این ابزار، سهولت استفاده از آن در پژوهش‌های بالینی است. این ابزار یک بخش مروری دارد که مسیر اختلال را در بیمار نشان می‌دهد و به گونه‌ای تدوین شده است که پژوهشگر می‌تواند قسمت‌هایی را که در آن به پژوهش مربوط نمی‌شود، حذف کند (سگال[5] و همکاران، ۲۰۰۲). اما به‌دلیل ساخت و شکل خاص آن، مطالعهٔ متعارف روان‌سنجی درمورد آن میسر نیست؛ زیرا یک ابزار نیمه‌ساختاریافته بر مبنای قضاوت بالینی است (فتی و همکاران، ۱۳۷۰). دوزا و دابسون[6] (۲۰۰۰) (به نقل از فتی، ۱۳۷۰) ضریب توافق

1. Hamilton Rating Scale for Depression
2. Structured Clinical Interview for DSM-5
3. First
4. Michael
5. Segal
6. Dowza & Dobson

www.SID.ir

کامل بین دو ارزیاب را گزارش کردند. به‌طور کلی، مطالعات مختلفِ حاکی از اعتبار و روایی، مطلوبِ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته است (گرانت[1] و همکاران، ۲۰۰۴). شریفی و همکاران[2] (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به بررسی مشخصات هنجاری این ابزار در جمعیت ایرانی پرداختند. در مطالعهٔ مذکور ضریب پایایی بازآزمایی به فاصلهٔ سه روز تا یک هفته برای اختلالات مختلف از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸ گزارش و مشخص شد که از ضریب حساسیت (۵۴ تا ۸۶ درصد) و ضریب اختصاصی (۶۳ تا ۹۶ درصد) رضایت‌بخشی برخوداراست.

۲. مصاحبهٔ باز و نیمه‌ساختارمند: دراین پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از ابزار مصاحبهٔ باز ونیمه ساختارمند با صاحب‌نظران و مبتلایان به افسردگی مزمن استفاده شده است. مصاحبه با سؤالات باز و به‌صورت نیمه‌ساختاریافته انجام گرفت و مصاحبه‌شونده مختار بود تا آنجا که تشخیص می‌دهد، به سؤالات پاسخ دهد و مقوله‌ها را توصیف و تشریح دهد و دلایل اقدامات و جست‌وجوی خود را به زبان آورد. مدت هر مصاحبه با توجه به میزان تمایل پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. همچنین، در مصاحبه از افراد خواسته شد تا ضمن بیان وضعیت زندگی، سبک زندگی، مشکلات روانی و اجتماعی خود را همراه با مروری بر گذشته و سوابق بیماری‌شان تشریح کنند. نمونه سؤالات عبارت بودند از: «لطفاً در خصوص وضعیت و شرایط خودت توضیح بده که چه مسائلی را تجربه می‌کنی؟»، «این وضعیت با چه مواردی در زندگی، اکنون در ارتباط است؟»، «لطفاً دربارهٔ افکاری که تجربه می‌کنی توضیحی بده؟»، «ارتباط وضعیت کنونی شما با عوامل تجربه‌شده (با اشاره به گذشته) چه بوده است؟». در ادامه، بر اساس پاسخ‌ها، سؤالات بعدی با تمرکز بیشتر جهت درک دقیق‌تر پرسیده شد.

۳. مقیاس ۲۴ موردی همیلتون برای افسردگی (HRSD24): این مقیاس را همیلتون (۱۹۶۰) به منظور سنجش افسردگی تدوین کرد که شامل ۲۴ عبارت است. بر اساس بررسی مطالعات پیشین، این آزمون همواره به‌عنوان مقیاسی استاندارد برای اختلال افسردگی است و به‌خصوص در تحقیقات با موضوع افسردگی مزمن بارها مورد استفاده قرار گرفته است. دانر[3] و همکاران (۱۹۹۶)، مرسیر[4] و همکاران (۱۹۹۲)، تاسه (۱۹۹۴) و ملوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش‌های جداگانه که همهٔ آن‌ها بر افسردگی مزمن متمرکز بودند، از این

1. Grant
2. Sharifi
3. Dunner
4. Mercier

www.SID.ir

آزمون استفاده و روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کردند. همچنین، در چندین مطالعه به بررسی پایایی درونی نسخه‌های متفاوت HAM-D پرداخته‌اند که نتایج دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۲ درصد را نشان داده است. نائل آمدن به ضریب آلفای بالاتر با استفاده از مصاحبهٔ ساختاریافته عملی می‌شود. در مطالعات متعدد ضریب پایایی درونی ۰/۸۳ برای HAM-D-17 و ۰/۸۸برای HAM-D-24 به‌دست آمده است (آکدمیر[1] و همکاران، ۱۹۹۶). در پژوهش حاضر پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ، α=۰/۹۱ محاسبه شد.

روش انجام پژوهش

بعد از انجام نمونه‌گیری، مراجعان به پژوهشگر از نظر ملاک‌های ورود بررسی شدند و پس از تکمیل پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی، مصاحبهٔ باز و نیمه ساختارمند با آن‌ها انجام شد. در طول فرایند مصاحبه مطالب ضبط شد تا پژوهشگر بتواند داده‌های گردآوری‌شده را دقیق‌تر، عمیق تر و به صورت بی‌طرفانه مورد تحلیل قرار دهد. مدت مصاحبه با توجه به میزان تمایل پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. بعد از مرحلهٔ پیاده‌سازی داده‌ها، تحلیل داده‌ها به روش کدگذاری در مراحل سه گانه (باز، محوری و انتخابی) انجام شد تا ابتدا شرایط علّی، راهبردها و پیامدها در افسردگی مزمن تعیین شود و سپس پروتکل درمانی بومی مبتنی بر مقوله‌های اصلی تدوین گردد.

روش تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر از نظریه زمینه‌ای در کدگذاری باز متن مصاحبه بارها و بارها سطر به سطر خوانده و برای بخش‌های مهم، هر مفهومی که به ذهن می‌رسید در نظر گرفته شد و به آن‌ها کد و یادداشت تحلیلی اختصاص یافت. به منظور تسهیل در فرایند تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار تحلیل کیفی NVIVO استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس الگوی استرایوس و کوربین[2] (۲۰۰۸)، مراحل تدوین نظریهٔ زمینه‌ای مبتنی بر

1. Akdemir
2. Strauss & Corbin

www.SID.ir

مفاهیم مستخرج از مصاحبه‌ها و بررسی ارتباط این مفاهیم با تحقیقات قبلی و دیدگاه کارشناسان و متخصصان به منظور طبقه‌بندی محوری این مفاهیم به شرح زیر است:

مقوله‌های علّی: مقوله‌هایی هستند که بر مقولهٔ اصلی تأثیر می‌گذارند و به وقوع یا گسترش پدیدهٔ مورد نظر می‌انجامند. شرایط علّی از نظر زمانی مقدم بر پدیدهٔ مورد نظرند که در الگوی افسردگی مزمن شامل این عوامل هستند:

۱. عوامل شناختی: این مقوله خود شامل این مفاهیم است: الف) خودپندارهٔ ضعیف: بیان جملاتی چون «همواره احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی و نیز مدام احساس گناه دارم» و «زیاد خود را سرزنش می‌کنم»، تبیین‌کنندهٔ خودپندارهٔ ضعیف در بیماران است. ب) مشکل در باورمندی‌های مذهبی: بیان جملاتی چون «اغلب وقت خود را صرف مسائل مذهبی می‌کنم» و یا «به سختگیری زیادی در انجام امور مذهبی‌ام معتقد هستم» و «از بی‌ایمانی آدم‌ها بسیار عذاب می‌کشم»، افراط در نگرش‌های مذهبی و اصول‌گرایی در آن را نشان می‌دهد و همچنین «به هیچ چیزی معتقد نیستم و همهٔ چیزهای گفته‌شده از دین را بی‌خودی می‌دانم و قبول ندارم»، نمادی از افراط در نگرش‌های غیرمذهبی است. در مجموع، این موارد بیانگر مشکل در باورمندی‌های مذهبی در بیماران است. ج) منفی‌گرایی: بیان جملاتی چون «به همه بدبینم»، «همواره خاطرات منفی به یادم می‌آیند»، «همواره بیش از حد نگرانی در خصوص مشکلات عادی زندگی‌ام دارم و از تغییر می‌ترسم»، نمونه‌هایی از مفهوم منفی‌گرایی در بیماران هستند. د) افراط در مطالبات ذهنی از دیگران: بیانِ «از اطرافیانم انتظار دارم که...» نشان‌دهندهٔ انتظارات ذهنی زیاد از دیگران و نیز انتظارات ذهنی بالا از خانواده است. این موارد نشان‌دهندهٔ افراط در مطالبات ذهنی از دیگران است. ه(ناامیدی: جملاتی چون «مدام به مرگ فکر می‌کنم»، «دوست دارم بمیرم» و نظایر آن، افکار مکرر مرگ، انتظار همیشگی برای مرگ و تمام شدن و ناامیدی را نشان می‌دهند. و) وسواس فکری: «همواره فکرم درگیر است» اشتغالات ذهنی پراکنده و زیاد را نشان می‌دهد که نمادی از وسواس فکری است. ز) تمایل ذهنی به تنهایی: همچنین جملاتی چون «دوست دارم تنها باشم» و «دوست ندارم به کسی نزدیک باشم» و نظایر این موارد، نشان‌دهندهٔ تمایل ذهنی به تنهایی و نیز عدم تمایل ذهنی به روابط صمیمانه با اعضای خانواده است.

۲. عوامل رفتاری: این مقوله شامل: الف) مشکلات خواب: خواب زیاد، خواب کم

www.SID.ir

و سبک در گزارش‌گیری از بیماران ثبت گردید. ب) بی‌توجهی به شرایط خود: عدم رسیدگی به پوشش و ظاهر، بی‌توجهی به رسیدگی‌های بهداشتی و وضعیت جسمی و نیز تغذیهٔ مناسب و وعده‌های غذایی در موارد ثبت‌شده از اغلب بیماران مشاهده می‌شود. ج) مشکل در سبک زندگی: به اتمام نرساندن فعالیت‌ها، روزمرگی زیاد در زندگی، مصرف مواد آرام‌بخش و اعتیاد، مشکل در برنامه‌ریزی و نظم در کارها، بی‌هدفی، عدم برنامه‌ریزی تفریحی و زندگی منزوی که از موارد تعیین‌کنندهٔ سبک زندگی بیماران هستند.

۳. عوامل خلق و خو: بیان جملاتی چون «همواره احساس کم‌حوصلگی دارم»، «مدام اضطراب دارم»، در کنار نمودی ازخمودگی بدنی و تظاهر دائمی غم در چهره در اغلب بیماران مشاهده می‌شود. همچنین بیان «من باید به خواسته‌هایم می‌رسیدم» و یا «نباید زندگی اینطور باشد بلکه...» نشانی از وجود خلق کمال‌گراست. در مجموع، عوامل خلق‌وخو را می‌توان در دو دستهٔ کلی خلق مضطرب و غمگین و نیز کمال‌گرایی قرار داد.

۴. عوامل تنظیم هیجانی: شامل دو مورد عمده است: الف) مشکل در عاطفهٔ مثبت و منفی فرد: بیان جملهٔ «هیچ واکنش خاصی به موضوعات ندارم» نمودی از بی‌احساسی در واکنش‌هاست. در همین حال «از کوچک‌ترین چیزی حالم منقلب می شود»، «زود بی‌دلیل گریه می‌کنم» و نظایر این موارد، نمونه‌هایی از افراط در واکنش‌های احساسی هستند. «از هیچ چیزی لذت نمی‌برم» نیز فقدان احساس لذت را نشان می‌دهد. این موارد نشان‌دهندهٔ وجود مشکل در عاطفهٔ مثبت و منفی فرد بیمار است. ب) مشکل در کنترل و خشم: جملاتی چون «احساس می‌کنم نمی‌توانم خودم را کنترل کنم»، «بارها نتوانستم جلوی عصبانیتم را بگیرم» نشان‌دهندهٔ مشکل در کنترل تکانه است. در عین حال پرخاشگری‌های نامتناسب با شرایط اغلب در افراد مطرح می‌شود. این موارد نیز درمجموع نشان‌دهندهٔ مشکل در کنترل و خشم در بیماران هستند.

مقولهٔ اصلی (محوری): پدیدهٔ اصلی (هسته) مورد مطالعه ایده و فکر محوری، حادثه، اتفاق یا واقعه‌ای است که جریان کنش‌ها و واکنش‌ها به سوی آن رهنمون می‌شوند تا آن را اداره و کنترل کنند یا به آن پاسخ دهند. مقولهٔ محوری پدیده‌ای است که اساس و محور فرایند است. این مقوله همان عنوانی (نام یا برچسب مفهومی) است که برای چارچوب یا طرحِ به‌وجودآمده در نظر گرفته می‌شود. مقوله‌ای که به‌عنوان مقولهٔ محوری انتخاب می‌شود، مجموع عوامل علّی بر اساس نشانه‌شناسی اختلال افسردگی است که

www.SID.ir

مفهوم اختلال افسردگی را ایجاد می‌کند.

شرایط مداخله‌گر: شرایط ساختاری که به پدیده‌ای تعلق دارند و بر راهبردهای کنش و واکنش اثر می‌گذارند، شرایط مداخله‌گر نامیده می‌شوند. آن‌ها راهبردها را در درون زمینهٔ خاصی سهولت می‌بخشند و یا آن‌ها را محدود و مقید می‌کنند و این دسته عوامل را شامل می‌شوند:

۱. عوامل جسمانی: «همواره احساس ضعف دارم» و «احساس می‌کنم دارم غش می‌کنم» نشانه هایی بر وجود ضعف مکرر جسمی‌اند. همچنین، جملاتی چون «همواره درگیر بیماری... بوده‌ام» و «همواره درد در ناحیه... دارم» و نظایر این موارد، نشان از بیماری‌های جسمی مکرر نیز در فرد بیمار دارد. این موارد درمجموع نگرانی‌های جسمانی را نشان می‌دهند.

۲. عوامل درمانی: در بیماران اغلب مصرف طولانی‌مدت داروهای ضد افسردگی مشاهده شد. همچنین، آن‌ها ناامیدی زیادی به فرایندهای درمانی داشتند و نیز دوره‌های متعدد درمانی را گذرانده بودند. ضمن آنکه اغلب سوابق قبلی از انواع افسردگی را تجربه کرده بودند. درمجموع، این موارد باعث شکل‌گیری مفهومی به نام شکست در درمان‌های قبلی در بیمان است.

راهبردها: راهبردها مبتنی بر کنش‌ها و واکنش‌هایی برای کنترل، اداره و برخورد با پدیدهٔ مورد نظر هستند. در الگوی حاضر، تداوم نشانه‌های افسردگی، راهبردی است که حاصل تداخل عوامل جسمانی و درمانی با افسردگی اساسی است. آنجا که ناامیدی از درمان‌های تجربه‌شده و داروهای مصرفی در بهبود علائم بر سایر نشانه‌های افسردگی اضافه می‌شود و یا مجموع نگرانی‌های جسمانی و دردها و مشکلات بدنی، ضعف بیشتری را در فرد ایجاد می‌کند و تاب مقاومت را در او می‌کاهد، تداوم نشانه‌های افسرده‌ساز در زمان طولانی به واسطهٔ تعامل دوجانبهٔ این عوامل مداخله‌گر و سبب‌سازهای قبلی (شناختی، خلق‌وخو، تنظیم هیجانی و رفتاری)، کنش محتمل بیماران به نظر می‌رسد.

پیامدها: پیامدها نتایج و حاصل کنش‌ها و واکنش‌ها هستند. بنابراین، خُلق افسرده در بخش عمدهٔ روز، بیشتر روزها به مدت حداقل ۲ سال با علائم کم‌اشتهایی یا پرخوری، بی‌خوابی یا پرخوابی، انرژی کم یا خستگی، عزت نفس پایین، تمرکز ضعیف، مشکل تصمیم‌گیری و احساسات ناامیدی مواجه است؛ مجموع نشانه‌هایی که بر اساس DSM-5،

www.SID.ir

شامل مجموع اختلالاتی است که اختلالات افسردگی مزمن را تبیین می‌کنند.

بستر (زمینه): بستر یا زمینه مجموعه مشخصه‌های ویژه‌ای است که به پدیدهٔ موردنظر دلالت می‌کند و در این الگو شامل این عوامل است:

۱. عوامل شغلی، تحصیلی و مالی: نبود علاقه‌مندی شغلی، با اذعان به این جمله‌ها که «من از شغلم بدم می‌آید»، در کنار «در شغلم موفق نبوده‌ام» یا «در تحصیلاتم عقب افتاده‌ام» و نیز «همواره دغدغه‌های مالی زیادی دارم»، در دو دسته نارضایتی از وضعیت شغل و تحصیل و نیز مشکلات مالی جای می‌گیرند و تبیین‌کنندهٔ عنوان این طبقه‌اند.

۲. عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی: این مقوله شامل: الف) مشکلات خانوادگی: «در خانه اصلاً آرامش نداریم» و «مدام دعوا و تنش پیش می‌آید» نشان از وجود تنش در خانواده دارد. همچنین، بیان «با همسرم همیشه مشکل داشتم»، «از رابطه با او اصلاً خوشم نمی‌آید»، «از لحاظ جنسی واقعاً ضعیفم»، «رفتار همسرم همواره تحقیرکنندهٔ من است» و «همسرم فردی عصبی و بدخلق است» نمونه‌هایی از نارضایتی زناشویی، مشکلات جنسی و مشکلات رفتاری همسر فرد بیمار هستند. در مجموع، این موارد نمودی از مفهوم مشکلات خانوادگی بیماران هستند. ب) اشکال در روابط اجتماعی: «در ارتباط برقرار کردن با کسی ناکام هستم» و «نمی‌توانم روابطم را با کسی که به او علاقه‌مندم، نگه دارم» نشانی از شکست در روابط عاطفی بیمار است. همچنین، نداشتن دوست نزدیک، مشکل در برقراری روابط و مهارت آن و نیز عدم ارتباط با اقوام و آشنایان، در افراد بیمار نشان‌دهندهٔ وجود اشکال در روابط اجتماعی است. ج) سابقهٔ افسردگی در خانواده: بررسی تاریخچهٔ روانی خانوادگی، نشان‌دهندهٔ وجود سابقهٔ افسردگی در والدینِ اغلب بیماران است. بنابراین، کدگذاری مفاهیم استخراج‌شده از مصاحبه‌ها در فرایند نظریهٔ زمینه‌ای نشان داد که عوامل خلق‌وخو، عوامل شغلی، تحصیلی و مالی، تنظیم هیجانی، جسمانی، خانوادگی و روابط اجتماعی، رفتاری و عوامل مربوط به درمان، در اختلالات افسردگی مزمن نقش دارند. این موارد به شکل مستقیم و غیرمستقیم به واکنش و پاسخی به‌عنوان راهبرد منجر می‌شوند. مورد راهبردیِ پیش رو در برابر این تداوم، ایجاد نشانه‌های افسردگی است که پیامدش اختلال افسردگی مزمن است.

www.SID.ir

جدول ۴ درمان‌های مؤثر بر عوامل حاصل از الگوی آسیب‌پذیری افسردگی مزمن

عوامل	درمان‌های اصلی	پژوهشگران
عوامل خلق‌وخو	طرح‌وارهٔ درمانی (ST)	ملوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴)، هلیمان[1] و همکاران (۲۰۱۱)
	روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP)	کلاین و همکاران (۲۰۱۴)، سوان و همکاران (۲۰۱۴)
عوامل شغلی، تحصیلی و مالی	درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT)	هلرستین و همکاران (۲۰۱۵)، رایس و همکاران (۲۰۱۰)
عوامل شناختی	طرح‌وارهٔ درمانی(ST)	ملوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴)، هلیمان و همکاران (۲۰۱۱)
	درمان شناختی-رفتاری (CBT)	استرانسکی[2] و همکاران (۱۹۹۱)، هارپین[3] و همکاران(۱۹۸۲)
	روان‌درمانی بین فردی (IPT)	مولکی[4] (۲۰۱۰)، هینریشن و کلوگرتی[5] (۲۰۰۶)، براون و همکاران (۲۰۰۲)
	درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT)	هلرستین و همکاران (۲۰۱۵)
عوامل تنظیم هیجانی	روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP)	کلاین و همکاران (۲۰۱۴)، سوان (۲۰۱۴)
عوامل جسمی	روان‌درمانی بین فردی (IPT)	مولکی(۲۰۱۰)، هینریشن و کلوگرتی(۲۰۰۶)، براون و همکاران (۲۰۰۲)
عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی	درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT)	هلرستین و همکاران (۲۰۱۵)
عوامل رفتاری	درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT)	هلرستین و همکاران (۲۰۱۵)
	روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP)	کلاین و همکاران (۲۰۱۴)، سوان و همکاران (۲۰۱۴)
عوامل درمانی	درمان شناختی-رفتاری (CBT)	هلرستین و همکاران (۲۰۱۵)

1. Heilemann
2. Stravynski
3. Harpin
4. Mulchay
5. Hinrichsen & Clougherty

Archive of SID
www.SID.ir

جدول ۵ اهداف درمان‌های مؤثر بر عوامل حاصل از الگوی آسیب‌پذیری افسردگی مزمن و اهداف درمان ترکیبی

درمان	اهداف اصلی درمان	اهداف اقتباس‌شده از هر درمان در درمان ترکیبی
طرح‌وارهٔ درمانی(ST)	۱. سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرح‌واره‌ها وسبک‌های مقابله‌ای وفرمول‌بندی مشکل طبق رویکرد طرح‌وارهٔ درمانی. ۲. شناسایی طرح‌واره‌ها و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرح‌واره‌هاست و آموزش تکنیک‌های شناختی، مثلاً آزمون اعتبار طرح‌واره. ۳. به‌کارگیری تکنیک‌های هیجانی تا بیماران بتوانند به ریشه‌های تحول طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی پی ببرند (تسهیل پردازش هیجانی). ۴. ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به منظور ارضای نیازهای هیجانی اساسی (آموزش تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، مثل تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین، اولویت‌بندی رفتارها، تغییررفتار، انگیزه‌آفرینی، پی بردن به ریشه‌های تحولی رفتارها در دوران کودکی، بازنگری مزایا و معایب ادامهٔ رفتار و تمرین رفتارهای سالم) (یانگ و همکاران، ۲۰۰۷).	تسهیل پردازش هیجانی و ترغیب بیماران برای رهاکردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری با تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و تمرین رفتارهای سالم.
درمان فعال‌سازی رفتاری(BAT)	۱. تشریح چرخهٔ باطل افسردگی در درمان فعال‌سازی رفتاری. ۲. سنجش رفتارهای افسرده‌ساز اعضا از طریق دو جدول (جدول اول نگارهٔ فعال‌سازی رفتاری پایش فعالیت و حالت خلقی و جدول دوم نگارهٔ فعال‌سازی رفتاری پایش فعالیت و هیجان). بررسی جدول‌های بازبینی فعالیت‌های روزانهٔ اعضا، مشخص کردن رفتارهای افسرده‌ساز طبق این بازبینی با کمک تحلیل تابعی، استفاده از استعارهٔ اتوبوس برای تعیین اهداف آن‌ها در زمینه‌های مختلف.	۱. تشریح چرخهٔ باطل افسردگی و سنجش رفتارهای افسرده‌ساز. ۲. ساخت‌بندی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌هایی که دور باطل افسردگی را از بین می‌برد و عمل طبق اهداف و دریافت تقویت مثبت و از میان برداشتن الگوی اجتناب.

Archive of SID
www.SID.ir

ادامهٔ جدول ۵

درمان	اهداف اصلی درمان	اهداف اقتباس‌شده از هر درمان در درمان ترکیبی
	۳. ساخت‌بندی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌هایی که دور باطل افسردگی را از بین می‌برد و فرد طبق اهداف خود عمل می‌کند و تقویت مثبت می‌گیرد. ۴. جلوگیری از فعال‌سازی به شیوهٔ همه یا هیچ، تشخیص موانع فعال‌سازی و ارائهٔ تکلیف در این زمینه. ۵. آموزش مسئله‌گشایی و از میان برداشتن الگوی اجتناب (دیمیدجان[1] و همکاران، ۲۰۰۶).	
درمان شناختی-رفتاری (CBT)	۱. تشریک مساعی با بیماران در تعیین اهداف عینی و عملیاتی، انتخاب اهداف و آماج‌ها برای مداخلهٔ فوری. ۲. طرح رابطه بین حالات خلقی و رفتاری: صورت‌بندی مشکلات در قالب الگوی‌شناختی، ترسیم الگوی چرخهٔ معیوب. ۳. معرفی تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری ۴. طرح افکارمنفی و معرفی فهرست خطاهای شناختی و طبقه‌بندی تحریف‌های شناختی ۵. چالش با افکار منفی ۶. معرفی و شناسایی فرض‌ها و قواعد و ارزیابی آن‌ها ۷. چالش با فرض‌ها و قواعد و ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه ۹. ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه ۱۰. توسعهٔ آگاهی نسبت به باورهای زیر بنایی ۱۱. تغییر باورهای زیر بنایی و بررسی شواهد مربوط از طریق تجارب رفتاری ۱۲. استفاده از تکنیک‌های رفتاری: فعال‌سازی بیشتر و افزایش مهارت‌های اجتماعی جهت توسعهٔ روابط اجتماعی و یا از سرگیری روابط اجتماعی گذشته.	۱.صورت‌بندی مشکلات در قالب الگوی‌شناختی، ترسیم الگوی چرخهٔ معیوب ۲. طرح افکار خودآیند منفی و معرفی فهرست خطاهای شناختی و طبقه‌بندی تحریف‌های شناختی و چالش با افکار منفی ۲. معرفی و شناسایی فرض‌ها و قواعد و ارزیابی آن‌ها و چالش با فرض‌ها و قواعد و ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه

1. Dimidjian

Archive of SID
www.SID.ir

ادامهٔ جدول ۵

درمان	اهداف اصلی درمان	اهداف اقتباس‌شده از هر درمان در درمان ترکیبی
	۱۳. تأکید بر تغییر باورهای زیربنایی و تعمیم آن به موقعیت‌های واقعی زندگی. ۱۴. اصلاح باورهای زیر بنایی و ارائهٔ روش‌هایی جهت اتخاذ باورهای سازگارانه. ۱۵. طرح مسئلهٔ پردازش محدود اطلاعات و خطاهای منطقی و توصیف فنون مربوط ازجمله فن جست‌وجوی محدود و پردازش انتخابی اطلاعات سازگار با طرح‌واره. ۱۶. استفاده از تکنیک‌های رفتاری و شناختی براساس نیاز مثل القای خلق، تن‌آرامی و تمرین افکار جانشین (یانگ[1] و همکاران، ۲۰۰۳؛ مور و گارلند، ۲۰۰۳؛ لیهی[2]، ۲۰۰۳)	
روان‌درمانی بین فردی (IPT)	۱. تعیین نقش‌های اجتماعی هر فرد. ۲. شناسایی الگوهای تکرارشونده و کندوکاو جزئیات. ۳. کشف افکار، احساسات و خاطرات تا الگوهای تکرارشونده در بافت تحولی، نیازها، اضطراب‌ها، شکست‌ها و موفقیت‌ها مورد بحث قرار گیرند. ۴. کمک به مراجع برای پذیرش شرایط جدید و گام برداشتن در جهت عملی کردن تغییرات شناختی در روابط بین فردی خود (سلیمانی و محمدخانی، ۱۳۸۷؛ سلیگمان[3] و همکاران، ۲۰۰۱)	۱. تعیین نقش‌ها و اکتشاف خاطرات در الگوهای تکرارشونده روابط فرد. ۳. کمک به مراجع برای گام برداشتن در جهت عملی کردن تغییرات شناختی و رفتاری در روابط بین فردی خود.
روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP)	۱. آموزش بیماران در شناختن رفتارهایشان و عواقب آن‌ها. ۲. آموزش بیماران در جایگزینی برای رفتارها با کمک درمانگر و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه در عرصهٔ زندگی روزانه. ۳. کمک به بیماران برای آنکه به‌سرعت در مسئولیت برای تغییر رفتار و تعهد به این موضوع کوشا باشند (مک‌کالج، ۲۰۰۰).	۱. جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب، و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه. ۲. افزایش احساس مسئولیت‌پذیری برای تغییر رفتار.

1. Young
2. Leahy
3. Seligman

Archive of SID
www.SID.ir

جدول ۶ اهداف اصلی درمان ترکیبی

تسهیل پردازش هیجانی و ترغیب بیماران برای رهاکردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری با تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و تمرین رفتارهای سالم.
تشریح چرخهٔ باطل افسردگی و سنجش رفتارهای افسرده‌ساز.
ساخت‌بندی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌هایی که دور باطل افسردگی را از بین می‌برد و عمل طبق اهداف و دریافت تقویت مثبت و از میان برداشتن الگوی اجتناب.
صورت‌بندی مشکلات در قالب الگوی‌شناختی، ترسیم الگوی چرخهٔ معیوب.
طرح افکار خودآیند منفی و معرفی فهرست خطاهای شناختی و طبقه‌بندی تحریف‌های شناختی و چالش با افکار منفی.
شناسایی فرض‌ها و قواعد و ارزیابی آن‌ها و چالش با فرض‌ها و قواعد و ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه.
تعیین نقش‌ها و اکتشاف خاطرات در الگوهای تکرارشوندهٔ روابط فرد.
کمک به مراجع برای گام برداشتن در جهت عملی کردن تغییرات شناختی و رفتاری در روابط بین فردی خود.
جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب، یادگیری مهارت در ایجاد رابطه و افزایش احساس مسئولیت‌پذیری برای تغییر رفتار.

جدول ۷ اهداف اصلی درمان ترکیبی بر اساس جلسات درمانی

جلسات	اهداف
جلسهٔ اول:	شناخت افسردگی مزمن و معرفی برنامه‌های جلسات درمانی تشریح چرخهٔ باطل افسردگی و سنجش رفتارهای افسرده‌ساز.
جلسهٔ دوم:	ساخت‌بندی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌هایی که دور باطل افسردگی را از بین می‌برد و عمل طبق اهداف و دریافت تقویت مثبت. از میان برداشتن الگوی اجتناب.
جلسهٔ سوم:	جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب، و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه. افزایش احساس مسئولیت‌پذیری برای تغییر رفتار.
جلسهٔ چهارم:	تعیین نقش‌ها و اکتشاف آن‌ها و شناسایی الگوهای تکرارشونده در روابط بین فردی. کشف افکار، احساسات و خاطرات در الگوهای تکرارشونده روابط فرد.
جلسهٔ پنجم:	کمک به مراجع برای گام برداشتن در جهت عملی کردن تغییرات شناختی در روابط بین فردی خود.
جلسهٔ ششم:	صورت‌بندی مشکلات در قالب الگوی‌شناختی، ترسیم الگوی چرخهٔ معیوب.
جلسهٔ هفتم:	معرفی و شناسایی فرض‌ها و قواعد و ارزیابی آن‌ها و چالش با فرض‌ها و قواعد و ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه.
جلسهٔ هشتم:	چالش با فرض‌ها و قواعد و ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه.
جلسهٔ نهم:	تسهیل پردازش هیجانی و ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار.
جلسهٔ دهم:	تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری با تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و تمرین رفتارهای سالم.

Archive of SID
www.SID.ir

پروتکل درمانیِ بومی افسردگی مزمن، مبتنی بر مقوله‌های اصلی شامل عوامل خلق‌وخو، شغلی و تحصیلی و مالی، شناختی، تنظیم هیجانی، جسمانی، خانوادگی و روابط اجتماعی، رفتاری و عوامل درمانی است. این طرحِ درمان در قالب ۱۰ جلسه تدوین شد و به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. طول مدت هر جلسه ۲ ساعت و به‌صورت گروهی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در ایجاد اختلال افسردگی مزمن ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی دخالت دارند؛ اما تأثیرات زیرمجموعه‌های این عوامل کلی و میزان نقش هر یک از آن‌ها و مستقیم یا غیرمستقیم بودن ارتباطشان با اختلال افسردگی مداوم و در شرایط مزمن، هنوز به‌وضوح مشخص نیست و کار چندانی برآن صورت نگرفته است و بیشتر الگوها بر اختلال افسردگی اساسی متمرکزند. در انتخاب شیوهٔ درمان نیز با توجه به نتایج مطالعات، مواردی مانند پیش‌بینی پاسخ به درمان در بیمار، مواد تشکیل‌دهندهٔ پروتکل‌های درمانی روانی اجتماعی و در نظر گرفتن نقش عوامل متفاوت در ابتلا مهم‌اند. با همهٔ این اوصاف به‌نظر می‌رسد حتی اگر مطالعات تحقیقاتی سختگیرانه‌تر و دقیق‌تر طراحی شود باز هم بر اساس داده‌های حاصل از تحقیقات انجام‌شده، در حال حاضر، درمان‌های روانی اجتماعی به احتمال زیادی پاسخ به درمان در حد متوسط را برای اختلالات افسردگی مزمن ایجاد می‌کنند و این میزان پاسخ نیز زمانی حاصل می‌شود که شیوهٔ درمانی سازگاری بالایی با شرایط بیماران داشته باشد. پس به نظر می‌رسد استفاده از درمان‌های ترکیبی در افسردگی مزمن با موفقیت بیشتری بتواند همراه شود. این درمان‌ها به طور خاص می‌توانند در ترکیب روش‌های مختلف درمان‌های روانی به‌طور هم‌زمان در اختیار درمانگران قرار گیرند. همچنین، پایگاه تحقیقاتی در روان‌درمانی برای افسردگی مزمن در مقایسه با پژوهش در روان‌درمانی اختلالات افسردگی حاد، نسبتاً نوپاست. با توجه به عواقب اجتماعی افسردگی مزمن (برنت[1] و همکاران، ۲۰۰۰؛ کلرمن و وایزمن[2]، ۱۹۹۲)، پر کردن این شکاف در مطالعات، بسیار ارزشمند است و اهمیت زیادی دارد.

بنابراین پروتکل درمانی بومی مبتنی بر الگوی آسیب‌پذیری افسردگی مزمن که

1. Berndt
2. Klerman & Weissman

www.SID.ir

در این مطالعه استفاده شد، مبتنی بر مقوله‌های اصلیِ عوامل خلق‌وخو، عوامل شغلی و تحصیلی و مالی، عوامل شناختی، عوامل تنظیم هیجانی، عوامل جسمانی، عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی، عوامل رفتاری و عوامل درمانی بود. درمان‌های مؤثر بر عوامل حاصل از الگوی آسیب‌پذیری افسردگی مزمن - که در افراد با اختلالات افسردگی تأثیر معناداری در بهبود داشته‌اند - عبارت‌اند از: طرح‌وارهٔ درمانی (ST) (ملوجیانیس و همکاران، ۲۰۱۴؛ هلیمان و همکاران، ۲۰۱۱؛ حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۹) و نیز روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP) (کلاین و همکاران، ۲۰۱۴؛ سوان و همکاران، ۲۰۱۴) و همچنین، عوامل شغلی و تحصیلی و مالی نیز از طرح‌وارهٔ درمانی (ST) (حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۹؛ ملوجیانیس و همکاران، ۲۰۱۴؛ هلیمان و همکاران، ۲۰۱۱) و درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT) (هلرستین و همکاران، ۲۰۱۵؛ کولادو و کاستیلو[1]، ۲۰۱۴؛ رایس و همکاران، ۲۰۱۰) اثر بخش گزارش شدند. بر عوامل شناختی نیز طرح‌وارهٔ درمانی (ST) (ملوجیانیس و همکاران، ۲۰۱۴؛ هلیمان و همکاران، ۲۰۱۱) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) (استراوینسکی[2] و همکاران، ۱۹۹۱؛ هارپین[3] و همکاران، ۱۹۸۲)، روان‌درمانی بین فردی (IPT) (مولکی و همکاران، ۲۰۱۰، هینریشن و کلوگرتی، ۲۰۰۶؛ براون و همکاران، ۲۰۰۲) و درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT) (هلرستین و همکاران، ۲۰۱۵؛ کولادو و کاستیلو، ۲۰۱۴) مؤثر بودند. همچنین، بر عوامل تنظیم هیجانی (کلاین و همکاران، ۲۰۱۴؛ سوان و همکاران، ۲۰۱۴) و نیز بر عوامل جسمی، عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی روان‌درمانی بین فردی (IPT) (هینریشن و کلوگرتی، ۲۰۰۶) و درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT) (رایس و همکاران، ۲۰۱۰؛ کلادو و همکاران، ۲۰۱۴؛ هلرستین و همکاران، ۲۰۱۵) مؤثر بوده است. بر عوامل رفتاری نیز درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT) (هلرستین و همکاران، ۲۰۱۵) و روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP) (سوان و همکاران، ۲۰۱۴؛ کلاین و همکاران، ۲۰۱۴) و همچنین بر عوامل درمانی، درمان شناختی- رفتاری (CBT) (هارپین و همکاران، ۱۹۸۲؛ استراوینسکی و همکاران، ۱۹۹۱) اثربخش بوده‌اند.

بنابراین، با توجه به اهداف هر درمان در درمان ترکیبی - که مبتنی بر عوامل حاصل

1. Collado & Castillo
2. Stravynski
3. Harpin

www.SID.ir

از الگوی آسیب‌پذیری افسردگی مزمن بود ـ اهداف عمده که بتواند بر آن عامل مؤثر باشد، چنین دریافت شد: الف) از طرح‌وارهٔ درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳): ۱) تسهیل پردازش هیجانی و ترغیب بیماران برای رهاکردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، ۲) تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری با تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و تمرین رفتارهای سالم؛ ب) از درمان فعال‌سازی رفتاری (دیمیدجان و همکاران، ۲۰۰۶): ۱) ساخت‌بندی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌هایی که دور باطل افسردگی را از بین می‌برد و عمل طبق اهداف و دریافت تقویت مثبت، ۲) از میان برداشتن الگوی اجتناب؛ ج)از درمان شناختی-رفتاری (بک[1] و همکاران، ۱۹۷۹؛ مور و گارلند، ۲۰۰۳؛ لیهی، ۲۰۰۳): ۱) صورت‌بندی مشکلات در قالب الگوی‌شناختی، ترسیم الگوی چرخهٔ معیوب، ۲) معرفی و شناسایی فرض‌ها و قواعد و ارزیابی آن‌ها و چالش با فرض‌ها و قواعد و ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه، ۳) چالش با فرض‌ها و قواعد و ایجاد استانداردها و فرض‌های سازگارانه؛ د) از روان‌درمانی بین فردی (سلیمانی و محمد خانی، ۱۳۸۷؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱): ۱) تعیین نقش‌ها و اکتشاف آن‌ها و شناسایی الگوهای تکرارشونده در روابط با دیگران، ۲) کشف افکار، احساسات و خاطرات در الگوهای تکرارشوندهٔ روابط فرد، ۳) کمک به مراجع برای گام برداشتن در جهت عملی کردن تغییرات شناختی در روابط بین فردی خود و درنهایت از روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (مک‌کالج، ۲۰۰۰): ۱) شناختن رفتارهایشان و عواقب آن‌ها، ۲) جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب، و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه، ۳) افزایش احساس مسئولیت‌پذیری برای تغییر رفتار.

پس، درمان مبتنی بر الگوی آسیب پذیری افسردگی مزمن درواقع درمانی ترکیبی است و علاوه بر تأکید بر شناسایی، ارزیابی و پاسخ به تفکر افسرده، به‌خصوص افکار منفی درمورد خود، جهان و آینده و کاستی‌های درون فردی، به افزایش پیوستگی‌های تقویتی محیطی، روابط میان فردی، نقش روابط اجتماعی و خانوادگی، وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب، و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه و افزایش احساس مسئولیت‌پذیری، توجه ویژه‌ای دارد؛ موضوعاتی که احتمالاً بیشتر می‌توانند فردی با افسردگی مزمن را از چرخه‌های معیوبی که در آن گرفتار شده است و به سختی می‌تواند از آن‌ها خارج شود، به آزادی بیشتری رهنمون سازند. بنا بر نتایج به‌دست آمده

1. Beck

www.SID.ir

پیشنهاد می‌شود بررسی اجزاء هر یک از مقوله‌های مرتبط با افسردگی مزمن ـ که در کاهش انرژی و نیز انگیزه نقش بسزایی دارد ـ مورد توجه درمانگر اختلالات افسردگی مزمن قرار گیرند. بیماران با اختلالات افسردگی مزمن معمولاً نشانه‌هایشان را طوری که کاملاً خارج از کنترلشان است، تجربه می‌کنند؛ بررسی و مرور ابعاد مذکور می‌تواند در کنترل نسبی شرایط از سوی آنان کمک‌کننده باشد. همچنین، آشنایی درمانگران با این عوامل سبب می‌شود در مواجهه با افراد مبتلا به اختلال افسردگی، راهبردهای پیشگیرانه به منظور عدم ایجاد اختلالات افسردگی مزمن در آینده اعمال شود. همچنین، در مصاحبهٔ تشخیصی و بررسی عوامل سبب‌ساز این اختلال، موارد مذکور در این مقوله‌ها لحاظ شود و از بیماران اطلاعات دقیقی اخذ گردد؛ زیرا داده‌های حاصل از الگوی اختلالات افسردگی مزمن، منطبق بر جامعهٔ ایرانی است و توجه به این اطلاعات علاوه بر مدنظر قرار دادن نتایج مطالعات پیشین، می‌تواند در تحلیل واقع‌بینانه‌تر شرایط بیماران کمک بسزایی کند. درنهایت، با توجه به پروتکل درمانی بومی مبتنی بر الگوی آسیب‌پذیری افسردگی مزمن در این مطالعه، پیشنهاد می‌شود به منظور توجه به مقوله‌های اصلیِ متمرکز در این پروتکل(عوامل خلق‌وخو، عوامل شغل و تحصیل و مالی، عوامل شناختی، عوامل تنظیم هیجانی، عوامل جسمانی، عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی، عوامل رفتاری و عوامل درمانی)، درمانگرِ اختلالات افسردگی مزمن آشنایی مناسبی با اجزاء درمانی این بستهٔ درمانی ترکیبی، طرح‌وارهٔ درمانی، روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی، درمان فعال‌سازی رفتاری، روان‌درمانی بین فردی و درمان شناختی-رفتاری ـ که بر اساس تحقیقات پیشین، بر این مقوله‌های اصلی مؤثر بوده‌اند ـ داشته باشند.

منابع

بازرگان، ع. (۱۳۸۷). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته*، تهران :دیدار.

حسینی فرد، س م. (۱۳۹۰). *اثربخشی طرح‌وارهٔ درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی: کاهش شدت افسردگی، ناامیدی، طرح‌وارهٔ ناسازگار اولیه، افزایش عزت نفس و خودکارآمدی*، پایان‌نامهٔ دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رضوی، س ا. و فروغی، م ح. (۱۳۹۶). جایگاه اقتصادی و اجتماعی اصفهان در عصر فرمانروایی مغول‌ها. *پژوهش‌های تاریخی*، ۹(۱)۳۳، ۷۱ـ۹۲.

سلیمانی، م. و محمدخانی، پ. (۱۳۸۷). تأثیر روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت در کاهش علائم

www.SID.ir

افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش‌های ناکارآمد. *پژوهش‌های روان شناختی*، *۱*، ۴۱ـ۵۸.

شکیبایی، ف. و اسماعیلی، م. (۱۳۹۳). همه‌گیرشناسی افسردگی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۷ـ. *تحقیقات علوم رفتاری*، *۱۲*(۲)، ۲۷۴ـ۲۸۴.

علیزاده، ز.، رجالی، م.، فیضی، آ.، افشار، ح.، حسن‌زاده، ع. و ادیبی، پ. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت اختلالات روانی (اضطراب، افسردگی و پریشانی روانی) در جمعیت بزرگ‌سال استان اصفهان سال ۱۳۸۹. *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، *۳*(۴)، ۴۲ـ۴۸.

فتی، ل. (۱۳۷۰). *مقایسهٔ کارایی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ کلومیپرامین و ترکیب این دو روش در درمان اختلال وسواس فکری-عملی*، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

محمدی، ج. و ایزدی، م. (۱۳۹۱). رتبه‌بندی مناطق شهر اصفهان از لحاظ شاخص‌های فرهنگی براساس تصمیم گیری چندشاخصه. *رفاه اجتماعی*، *۱۲*(۴۴)، ۱۷۵ـ۱۹۶.

منتظری، م ص.، کاوه فارسانی، ذ.، مهرابی، ح. و شکیبا، ع. (۱۳۹۱). بررسی رابطهٔ بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی در بین دانش‌آموزان پسر شهرستان فلاورجان. *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، *۲۲*(۹۸)، ۱۷۹.

منتظری، ع.، موسوی، س ج.، امیدواری، س.، طاووسی، م.، هاشمی، ا. و رستمی، ط. (۱۳۹۱). افسردگی در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی. *پایش*، *۱۲*(۶)، ۵۶۷ـ۵۹۴.

Akdemir A., Örsel S., Dağ İ., Türkçapar H., İşcan N. & Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, *4*, 251-259.

Alavi, S. S., Maracy., M. R., Jannatifard, F. & Eslami, M. (2011). The effct of psychiatric symptoms on the internet addiction disorder in Isfahan's University students. *Jounal of Research in Medical Sciences, 16*(6), 193-800.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5th ed.)*, Washington, DC: Author.

Angst, J., Gamma, A., Rossler, W., Ajdacic, V. & Klein, D. (2011). Childhoodadversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience,* 261(1), 21–27.

Barlow, D. H. & Durand, M.V. (2005). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach(4th Ed.)*, London: Thomson-Wadsworth.

Beck A., Rush A., Shaw B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A., Rush A., Shaw B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*, New York: Guilford Press.

Berndt, ER., Koran, L.M., Finkelstein, S.N., Gelenberg, A.J., Kornstein, S.G., Miller, I.W., Trapp, G.A. & Keller, M.B. (2000). Lost human capital from early-onset chronic depression. *Am J Psychiatry, 157*, 940–947.

Brockmeyer, T., Kulessa, D., Hautzinger, M., Bents, H. & Backenstrass, M. (2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance*, Affect,175,*418–423.

Archive of SID

www.SID.ir

Brown, G. W., Craig, T. K., & Harris, T. O. (2008). Parental maltreatment and proximal risk factors using the Childhood Experience of Care & Abuse (CECA) instrument:A life-course study of adult chronic depression e 5. *Journal of Affective Disorders, 110*(3), 222–233.

Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., Bell, B., Mills, M., Chalkin, D. & Kraemer, J. wallik (2002). Psychotherapy for chronic depressive disorders sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary Care: 6-month Comparison with longitudinal 2-yr follow-up of effectiveness and cost. *Journal Affect Disord, 68*, 317–330.

Cheng, Y. C. (2000). A CMI-triplization paradigm for reforming education in the new millennium. *International Journal of Educational Management*, *14* (4), 156–174.

Cheng, Y. C., Ng, K. H. & Mok, M. M. C. (2002). Economic considerations in education policy making: A simplified framework. *International Journal of Educational Management*, *16* (1), 18–39.

Clark, L.A. & Watson, D. (1999). Temperament: a new paradigm for trait psychology. Eds. L.A. Pervin & O.P. John, *Handbook of Personality: Theory and Research,* 2nd ed.New York:Guilford Press*,* 399–423.

Collado A., Castillo, S.D., Maero, F., Lejuez, C.W. & Macpherson, L. (2014). Pilot of the brief behavioral activation treatment for depression in Latinos with limited english proficiency: preliminary evaluation of efficacy and acceptability. *Behav Ther,45*(1),102-15.

Dimidjian, S., Hoollon, S.D., Dobson, K. S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with majordepression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4),658-670.

Dunner, D.L., Schmaling, K.B., Hendrickson, H., Becker, J., Lehman, A. & Bea, C. (1996). Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. *Depression, 4*, 34–41.

Epstein, N.B., Bishop, D.S., Keitner, G.I. & Miller, I.W. (1988). A systems therapy: Problemcentered systems therapy of the family, In: RA Wells. Ed. V.J. Giannetti. *Handbook of Brief Psychotherapies*, New York: Plenum Press, 405–436.

Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R. & Morphy, M.A. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *The American Journal of Psychiatry*, *155*,1443–1445.

First, M.B., Gibbon Spitzer, M. R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

First, M.B., Gibbon, M. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Frank, E., Kupfer, D.J., Wagner, E.F., McEachran, A.B. & Cornes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry,* 48,1053–1059.

Geertz, G.(1983). Local knowledge. *Basic Books*, Inc. Printed in the United States of America Designed by Vincent Torre.5

Gotlib, C. & Hammen, F. (2010). *Handbook of Depression*, 3rded.Newyork, Guliford Press, 21-45, P3.

Gotlip, I.H. & Schraekly, P. K. (2000). *Interpersonal Psychotherapy Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Process of Practice for the 21 th Century*, New Youk: wiley.

Archive of SID

www.SID.ir

Grant, J.E. Steinberg, M.A. Kim, S.W. Rounsaville, B.J. & Potenza, M.N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Research*, *128* (1) : 79-88.

Halgin, R.P. & Whitbourne, S.k. (2003). *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders,* New York, NY: McGraw-Hill. 75-76.

Harpin, R.E., Liberman, R.P., Marks, I., Stern, R. & Bohannon, W.E. (1982). *Cognitivebehavior Therapy for Chronically Depressed Patients: a Controlled Pilot Study*, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *170*, 295–301.

Heilemann, M.V., Pieters, H.C. & Kehoe, P. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, Second Generation Latinas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*(4), 473-80.

Hellerstein, D., Erickson, G., Stewart, J.W., McGrath, P.J., Hunnicutt-Ferguson, K., Reynolds,S.K., O'Shea,S., Chen,Y., Withers, A. & Wang, Y. (2015). Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. *Comprehensive Psychiatry, 57*, 140-147

Herzele, A. V. & Woerkum, C. M. (2008). Local knowledge in visually mediated practice. *Journal of Planning Education and Research*, *27*, 444-456.

Hinrichsen, G. A., & Clougherty, K. F. (2006). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Older Adults*, Washington, DC: American Psychological Association.

Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev, 55*:1459–1473.

Kazdin, A. E. (1992). *Research Design in Clinical Psychology* (2nd Ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Keitner, G.I. & Cardemil, E.V. (2004). *Psychotherapy for Chronic Depressive Disorders. Handbook of Chronic Depression, Diagnosis and Therapeutic Management*. NEW Yaw BASEL.159-182.

Klein, D.N., Norden, K.A., Ferro, T., Leader, J.B., Kasch, K.L., Klein, L.M., Schwartz, J.E. & Aronson, T.A. (1998). Thirty-month naturalistic follow-up study of earlyonset dysthymic disorder: course, diagnostic stability, and prediction of outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 338–348.

Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety, 26*(8), 701–710.

Klein, J.F., Becker,B., Hurlemann, R., Scheibe, C., Colla, M. & Heuser, I. (2014). Effect of specific psychotherapy for chronic depression on neural responses to emotional faces. J*ournal of Affective Disorders*, *166*, 93-97

Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression,* New York: Basic Books.

Klerman, G. & Weissman, M. (1992). The course, morbidity and costs of depression. *Arch Gener Psychiatry*, *49*, 831–834.

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*, New York: Guilford Press.

Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E. Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G.N. & Zervas, L. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*(3), 319-29.

Archive of SID

www.SID.ir

Markowitz, J.C. (1995). Psychotherapy of dysthymic disorder, Eds.J.H. Kocsis & D.N.Klein. *Diagnosis and Treatment of Chronic Depression*, New York: Guilford Press, 146–168.

McCullough, J. P. (2000).*Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McCullough, J.P., Klein, D.N., Keller, M.B., Holzer, C.E., Davis, S.M., Kornstein, S.G., Howland, R.H., Thase, M.E. & Harrison, W. M. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): Validity of the Distinction. *Journal of Abnorm Psychology, 109*,419–27.

Mercier, M., Stewart, J. & Quitkin, J. (1992). A pilot sequential study of cognitive therapy and pharmacotherapy of atypical depression. *Journal Clinical Psychiatry, 53*,166–170.

Michael B., First, M.D., Janet, B. W., Williams, Ph.D., Rhonda, S., Karg, Ph.D., Robert, L. & Spitzer, M.D. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV),* American Psychiatric Association.98.

Miller, I., Solomon, D., Ryan, C. & Keitner, G. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar in mood episodes. *Journal of Affective Disorders,* 82, 431-436.

Moore, R. & A. Garland (2003). *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression*, Wiley Editorial.

Mulcahy, R. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal Psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, *13*(2), 125-139.

Raes, F.T., Hoes, D., Van Gucht, D. J., Kanter, W. & Hermans, D. (2010). The dutch version of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADS). *Psychometric Properties and Factor Structure, 41* (3)*,* 246–250

Riso, L. P., Miyatake, R. K. & Thase, M. E. (2002). The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders, 70*(2),103–115.

Samsam Shariat, SMR., Neshat Doost, H.T., Kalantari, M. & Oreyzi Samani, S. H. R. (2016). *A Qualitative Study on the Treatment of Chronic Depressive Disorders. International Conference on Socio–Cultural Studies and Religious Research*, May19.Rasht city.Iran.

Scott, J. (1988). Chronic depression. *British Journal of Psychiatry, 153*, 287–297.

Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfullness Based Cognitive Therapy for Depression*, NewYork: Guiford Press.

Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *The Abnormal Psychology*, (4 Ed.), New York: Norton.

Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H.,Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z.,Davari-Ashtiani, R. Hakim-Shooshtari, M., Seddigh,A. & Jalali, M. (2009). A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition:Psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*,*50*, 86-91 (In Persian).

Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, (2nd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.

Stravynski A, Shahar A. & Verreault, R. (1991). A pilot study of the cognitive treatment of dysthymic disorder. *Behavior Psychother, 19*, 369–372.

Swan, J.S., Vicar, R.M., Christmas, D., Durham, R., Rauchhaus, P., McCullough, JrJ.P. & Matthews, K. (2014). *Journal of Affective Disorders, 152*,154, 268-276

Taubner, S. (2013). Working with unconscious and explicit memories in psychodynamic psychotherapy in patients with chronic depression. *Hurting Memories and Beneficial Forgetting*, 153-163

Archive of SID

www.SID.ir

Thase, M.E. (1994). The roles of psychosocial factors and psychotherapy in refractory depression: missing pieces in the puzzle of treatment resistance?. *Refractory Depression: Current Strategies and Future Directions, Chichester,* UK: John Wiley & Sons.

Torpey, D. C. & Klein, D. N. (2008). Chronic depression: Update on classification and treatment. *Current. Psychiatry Reports, 10*(6), 458–464.

Weissman, M. M. & Markowitz, J. C. (2000). *Interpersonal Psychotherapy. Kaplan & the Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7 Ed.), Philadelphia: Lippincott

Young. J. E, Klosko, J. S. &, Weishaar, M. E. (2003*). Schema Therapy*: *A Practioners Guide*. New York :The Guilford Press.

Archive of SID

www.SID.ir