





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه آموزشی روانشناسی بالینی
رساله جهت دریافت مدرک دکترای روانشناسی بالینی

عنوان

اثربخشی رواندرمانی مختصر رابطه با ابژه در کاهش نشانگان زنان مبتلا به
اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C

نگارنده

شیما شکیبا

استاد راهنما

دکتر پروانه محمد خانی

اساتید مشاور

دکتر عباس پورشهباز

دکتر نهاله مشتاق بیدختی

اسفند ۱۳۸۹

شماره ثبت

۲۰۰ - ۲۲۱



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاییدیه اعضای هیات داوران

پایان نامه: خانم شیما شکیبا

مقطع: دکتری

در رشته: روانشناسی بالینی

به شماره دانشجویی: ۸۴۳۸۹۷۱۶۷

تحت عنوان: "اثر بخشی روان درمانی مختصر روابط با ابژه در کاهش نشانگان زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C"

بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه و با حضور هیات داوران در تاریخ: ۸۹/۱۲/۲۲

دفاع گردید و نمره - (۲۰) (بسیار کم) با امتیاز: عالی (به ایشان تعلق گرفت).

هیات داوران

۱. استاد راهنما: سرکار خانم دکتر پروانه محمدخانی

۲. استاد مشاور: (۱) جناب آقای دکتر عباس پور شهباز

(۲) سرکار خانم دکتر نهاله مشتاق

۳. مدیر گروه: سرکار خانم دکتر پروانه محمدخانی

۴. اساتید داور: (۱) سرکار خانم دکتر لادن فتی

(۲) جناب آقای دکتر بهروز بیرشک

(۳) سرکار خانم دکتر فرشته موتابی

(۴) سرکار خانم دکتر ربابه غفار تبریزی

(۵) جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی

۵. نماینده دفتر تحصیلات تکمیلی:

دکتر محمد...

تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه یا رساله های دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیت‌های علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد بنابراین اینجانب **شیما شکیبا** دانش آموز رشته **روانشناسی بالینی** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم.

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه، خود را بعنوان دانش آموز رشته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نمایم و درج نام و آدرس محل دیگری خودداری کنم.
 ۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.
 ۳. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:
"کتاب حاضر حاصل پایان نامه دکتری نگارنده در رشته روانشناسی بالینی می باشد که در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی جناب آقای دکتر پروانه محمدخانی و مشاوره جناب آقای دکتر عباس پورشهباز و سرکار خانم دکتر نهاله مشتاق انجام و در سال ۱۳۸۹ از آن دفاع شده است."
 ۴. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک در صد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم.
(دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).
 ۵. در صورت عدم رعایت بند ۴، ۵۰٪ پهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.
 ۶. قبول می نمایم و تعهد می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند.
بعلاوه به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حق می دهم به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه معادل وجه مذکور در بند ۵ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.
- اینجانب شیما شکیبا دانشجوی رشته روانشناسی بالینی مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آنرا بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

امضاء و تاریخ

۸۹، ۱۲، ۲۲

با تقدیر و تشکر از

خانواده ام،

و اساتیدم

و مراجعانم

که در این مسیر همراه من بودند؛

و خانم دکتر سوگلی اخوان

چکیده

هدف: اختلالات شخصیت نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم اختلال افسردگی اساسی دارند. علاوه بر این، هم‌پندگی اختلالات شخصیت بهبودی افسردگی را به تعویق انداخته یا باعث عود و وقوع مجدد دوره‌های اختلال افسردگی می‌شوند. با توجه به اهمیت رو به افزایش روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت در درمان اختلالات روانپزشکی و این که این درمان‌ها هم‌زمان نشانگان روانپزشکی و ساختارهای زیربنایی شخصیت را کانون توجه قرار می‌دهند؛ پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مختصر رابطه با ابژه که یکی از انواع روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت است در کاهش نشانگان زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C پرداخت.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه تک‌موردی با حجم نمونه ۶ بیمار بود که بر اساس طرح A/B با پیگیری بین‌آزمودنی‌ها سازماندهی شد. همه بیماران با روش نمونه‌گیری هدفمند، از دو مرکز خدمات روانشناختی انتخاب شده بودند و در دو مرحله مجزا مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C تشخیص داده شدند: ارزیابی اولیه توسط روانپزشک برای بررسی اختلالات محورها I و II و ارزیابی دیگر برای اعمال دقیق‌تر معیارهای ورود و خروج توسط پژوهشگر با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-IV (SCID-CV) انجام شد. بیماران به شکل تصادفی دوتا دوتا و به فاصله یک هفته از یکدیگر به ترتیب سه جلسه ارزیابی خط پایه، ۱۵ جلسه روان‌درمانی مختصر رابطه با ابژه (که براساس راهنمای درمان عمدتاً شامل ربط دادن نشانگان بیمار با تعارض‌های زیربنایی و تکرار آنها در روابط بین فردی و انتقال بود) و سه جلسه پیگیری را گذراندند. در نهایت اطلاعات از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV-نسخه بالین گر (SCID-CV)، پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II)، پرسشنامه روابط بین فردی، پرسشنامه درجه بندی خلق افسرده و پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌گیل (MQOL) گردآوری شد. به منظور بررسی اثربخشی از تحلیل چشمی نمودارها، آزمون اندازه اثر برای معناداری آماری و درصد بهبودی و رسیدن به زیر نقطه برش برای معناداری بالینی استفاده شد.

یافته‌ها: در پایان درمان هیچ یک از بیماران واجد تشخیص اختلال افسردگی اساسی نبودند هرچند از برخی نشانگان در حد زیر آستانه تشخیص‌گذاری شکایت داشتند. شدت افسردگی بیماران از افسردگی نسبتاً شدید به افسردگی خفیف رسید. بیماران در مجموع در کاهش شدت افسردگی به اندازه اثر ۱/۹۲ و ۵۵ درصد بهبودی، در کاهش مشکلات بین فردی به اندازه اثر ۲/۰۶ و ۴۱/۸ درصد بهبودی، در کاهش خلق منفی به اندازه اثر ۲/۱۲ و ۴۲/۶ درصد بهبودی و در افزایش کیفیت زندگی دریافتی به اندازه اثر ۲/۰۸ و ۴۳ درصد بهبودی رسیدند. بیشترین تغییرات به ترتیب در خوشه نشانگان شناختی-روانشناختی، جسمانی-حیاتی و بدبینی-بی‌ارزشی افسردگی بود. در پیگیری مشکلات بین فردی کاهش بیشتری داشت و سایر نتایج به دست آمده حفظ شد.

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی مختصر رابطه با ابژه علیرغم هم‌پندگی اختلالات شخصیت خوشه C، نشانگان زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را کاهش داد.

کلید واژه‌ها: روان‌درمانی مختصر رابطه با ابژه، اختلال افسردگی اساسی، اختلالات شخصیت خوشه C هم‌پندگی.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول : موضوع پژوهش
۲	مقدمه.....
۴	بیان مسئله.....
۱۲	ضرورت و اهمیت مسأله.....
۱۶	هدف از اجرای تحقیق
۱۷	تعریف مفاهیم و متغیرهای اصلی تحقیق
۲۱	فرضیه ها و سؤال تحقیق
۲۲	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۲۴	۲-۱ اختلالات خلقی در DSM-IV-TR
۲۵	۲-۲ اختلال افسردگی اساسی در DSM-IV-TR
۲۶	۲-۳ سیر و پیش آگهی اختلال افسردگی اساسی
۲۷	۲-۴ مدل های روانشناختی اختلال افسردگی
۲۷	• ۲-۴-۱ مدل شناختی - رفتاری.....
۳۱	• ۲-۴-۲ مدل وقایع زندگی و حمایت اجتماعی افسردگی
۳۴	• ۲-۴-۳ مدل روان تحلیلی.....
۳۴	• ۲-۴-۴ مدل مداخله دارویی.....
۳۵	۲-۵ اختلال افسردگی از دیدگاه روان تحلیلی
۳۶	۲-۶ تجربه درونی اختلال افسردگی از دیدگاه روان تحلیلی
۳۷	۲-۷ شکل گیری یک مدل روان تحلیلی افسردگی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳۸	• ۲-۷-۱ نظریه های روان تحلیلی اولیه افسردگی: ناامیدی، فقدان و خشم.....
۴۲	• ۲-۷-۲ نظریه های ثانویه افسردگی: مشکل در تنظیم اعتماد به نفس و خشم.....
۵۲	۲-۸ یک فرمولاسیون یکپارچه روان تحلیلی برای افسردگی.....
۵۴	۲-۹ مکانیزم های دفاعی در افسردگی.....
۵۷	۲-۱۰ نظریه روان تحلیلی رابطه با ابژه در افسردگی.....
۵۸	۲-۱۱ رواندرمانی مختصر رابطه با ابژه و کاهش نشانگان افسردگی.....
۶۲	۲-۱۲ پیشنهاد پژوهش.....
۶۲	• ۲-۱۲-۱ مروری بر پژوهش های خارجی
۷۵	• ۲-۱۲-۲ مروری بر پژوهش های انجام شده در ایران.....
۷۷	فصل سوم: طرح پژوهش.....
۷۸	نوع مطالعه
۸۰	جامعه و نمونه مورد مطالعه.....
۸۱	روش نمونه گیری.....
۸۲	ابزارهای پژوهش
۸۲	• مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV (SCID) نسخه بالین گر (SCID-CV).....
۸۳	• پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II).....
۸۵	• مقیاس اندازه گیری افسردگی همیلتون (HAM-D).....
۸۶	• پرسشنامه کیفیت زندگی مک گیل (MQOL).....
۸۷	• پرسشنامه روابط بین فردی.....
۸۸	• پرسشنامه درجه بندی خلق افسرده.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۸۸	• چک لیست سوال های شش گانه انتخاب.....
۸۹	دسته بندی و روند استفاده از ابزارها.....
۹۰	روش های گردآوری اطلاعات.....
۹۱	روش درمان رواندرمانی مختصر رابطه با ابژه.....
۹۴	روش های آماری تجزیه و تحلیل داده ها.....
۹۷	رعایت اصول اخلاقی پژوهش.....
۹۸	فصل چهارم: یافته ها.....
۱۰۰	معرفی آزمودنی ها.....
۱۰۴	یافته های پژوهش.....
۱۳۶	خلاصه یافته ها.....
۱۴۰	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری.....
۱۴۱	بحث در یافته ها.....
۱۵۲	نتیجه گیری.....
۱۵۵	محدودیت ها.....
۱۵۵	پیشنهادها.....
۱۵۷	منابع.....
۱۷۱	ضمیمه ها.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۴	جدول ۱-۲ طبقه بندی اختلالات خلقی در DSM-IV-TR.....
۲۵	جدول ۲-۲: ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال افسردگی اساسی.....
۴۸	جدول ۲-۳: خلاصه نظریه های روان تحلیلی اختلال افسردگی.....
۵۶	جدول ۲-۴: پویایی های اصلی زمینه ساز اختلال افسردگی از دیدگاه روان تحلیلی.....
۵۹	جدول ۲-۵: دیدگاه روان تحلیلی اختلال افسردگی.....
۶۵	جدول ۲-۶: ویژگی های پژوهش های وارد شده در فراتحلیل.....
۶۷	جدول ۲-۷: نتایج فراتحلیل پژوهش هایی که اثربخشی رواندرمانی های تحلیلی کوتاه مدت در درمان افسردگی را بررسی کرده اند.....
۹۹	جدول ۴-۱: ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه.....
۱۰۵	جدول ۴-۲: نتایج اندازه گیری های مکرر پرسشنامه افسردگی بک BDI-II و مقیاس اندازه گیری افسردگی همیلتون HAM-D.....
۱۱۴	جدول ۴-۳: نتایج اندازه گیری های مکرر پرسشنامه روابط بین فردی.....
۱۲۰	جدول ۴-۴: نتایج اندازه گیری های مکرر پرسشنامه درجه بندی خلق افسرده.....
۱۲۶	جدول ۴-۶: نتایج اندازه گیری های مکرر پرسشنامه کیفیت زندگی مک گیل (MQOL).....

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۲: مدل شناختی - رفتاری اختلال افسردگی.....	۳۱
نمودار ۲-۲: مدل اجتماعی اختلال افسردگی.....	۳۳
نمودار ۲-۳: عوامل استرس زای افسردگی از دیدگاه روان تحلیلی.....	۳۴
نمودار ۲-۴: چرخه پایان ناپذیر افسردگی: آسیب پذیری خودشیفتگی و خشم.....	۵۳
نمودار ۲-۵: چرخه پایان ناپذیر افسردگی: اعتماد به نفس پایین و ایده آل سازی/ نارزنده سازی.....	۵۴
نمودار ۴-۱: تغییر شدت افسردگی آزمودنی های ۱، ۲ و ۳ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۰۶
نمودار ۴-۲: تغییر شدت افسردگی آزمودنی های ۴، ۵ و ۶ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۰۷
نمودار ۴-۳: تغییر مشکلات روابط بین فردی آزمودنی های ۱، ۲ و ۳ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۱۵
نمودار ۴-۴: تغییر مشکلات روابط بین فردی آزمودنی های ۴، ۵ و ۶ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۱۶
نمودار ۴-۵: تغییر خلق منفی آزمودنی های ۱، ۲ و ۳ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۲۱
نمودار ۴-۶: تغییر خلق منفی آزمودنی های ۴، ۵ و ۶ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۲۲
نمودار ۴-۷: تغییرات کیفیت زندگی آزمودنی های ۱، ۲ و ۳ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۲۷
نمودار ۴-۸: تغییرات کیفیت زندگی آزمودنی های ۴، ۵ و ۶ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۲۸
نمودار ۴-۹: تغییرات خوشه نشانگان افسردگی آزمودنی های ۱، ۲ و ۳ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۳۲
نمودار ۴-۱۰: تغییرات خوشه نشانگان افسردگی آزمودنی های ۴، ۵ و ۶ در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری.....	۱۳۳

فصل اول

مقدمه و بیان مسأله

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی یکی از اصلی ترین عوامل ازکارافتادگی در سراسر جهان است (پاپاکاستاس^۱ و فاوا^۲، ۲۰۰۸). شیوع طول عمر اختلال افسردگی اساسی در جمعیت عمومی ۱۳ درصد تخمین زده شده است (هاسین^۳، گودوین^۴، استین سون^۵ و گرنت^۶، ۲۰۰۵) که از این میان ۶۰ تا ۸۵ درصد عود و وقوع مجدد افسردگی و تقریباً ۲۰ درصد افسردگی مزمن را تجربه خواهند کرد (کسلر^۷، برگلاند^۸، دملر^۹، جین^{۱۰}، مری کانگاس^{۱۱} و والترز^{۱۲}، ۲۰۰۵). سازمان جهانی بهداشت (WHO)^{۱۳} که ضریب اثر ۱۰۰ اختلال شایع جهان را در دست بررسی مداوم دارد، سهم اختلال افسردگی اساسی در بار کلی بیماری ها و ازکارافتادگی های ناشی از آن ها را به تنهایی ۱۱ درصد تعیین کرده که در یک چشم انداز اثری بیشتر از سرطان است. به این ترتیب افسردگی پس از اختلالات قلبی - عروقی دومین اختلال شایع و هزینه برداری است که در دهه های آینده جهان را تحت تأثیر قرار خواهد داد (کیمل^{۱۴}، پیترسون^{۱۵}، ۲۰۰۶).

بنابر چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^{۱۶}، میزان شیوع طول عمر اختلال افسردگی برای زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد است (کاپلان، سادوک، ۱۳۸۵). شیوع اختلالات خلقی از جمله اختلال افسردگی اساسی در ایران نیز مورد مطالعه قرار گرفته است، برای مثال یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴ به نقل از فتی، ۱۳۸۲) در یک مطالعه شیوع شناسی در مناطق روستایی و شهری استان گیلان، میزان شیوع اختلالات خلقی را ۱۲/۶ درصد و میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را ۶/۲۴ درصد گزارش کردند. در مطالعه ای مشابه

1 - Papakostas

2 - Fava

3- Hasin

4 - Goodwin

5 - Stinson

6 - Grant

7 - Kessler

8 - Berglund

9 - Demler

10 - Jin

11 - Meri Kangas

12 - Walters

13- World Health Organization (WHO)

14 - Kimmel

15 - Peterson

16- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders(DSM-IV)

در یک نمونه ۶۱۹ نفری در شهرستان کاشان نیز، شیوع اختلالات خلقی به طور کلی ۱۱/۸ درصد، اختلال افسرده خویی ۷/۶ درصد و اختلال افسردگی اساسی ۴/۲ درصد گزارش شده است (پالاهنگ، نصر، براهنی، شاه محمدی، ۱۳۷۵ به نقل از فتی، ۱۳۸۲). با توجه به آمارهای ذکرشده، در کشور ما نیز ضرورت توجه و تمرکز روی درمان افسردگی محسوس به نظر می رسد.

همایندی^۱ اختلالات شخصیت یکی از دلایلی است که به منظور تبیین میزان بالای شیوع و تکرار اپیزودهای اختلال افسردگی اساسی در طول عمر، در سال های اخیر پژوهش های بسیاری را به خود معطوف کرده است (نیوتن – هاوز^۲، تایرر^۳ و جانسون^۴، ۲۰۰۶). تقریباً ۵۰ تا ۸۵ درصد بیماران سرپایی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، واجد تشخیص اختلال شخصیت همراه نیز هستند (چیوکوتتا^۵ و استایلز^۶، ۲۰۰۴). به طور کلی وجود اختلال شخصیت، اثرات چشمگیری در طول دوره و درمان اختلال افسردگی اساسی دارد (تایرر و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، در اغلب موارد همایندی اختلالات شخصیت با افسردگی اساسی باعث پاسخدهی کمتر به درمان و احتمال بالاتر عود علائم افسردگی (کندریان^۷، شوارتز^۸، فراباگ^۹، پرلیس^{۱۰}، ایلرت^{۱۱} و فاوا^{۱۲}، ۲۰۰۸)، اختلال بیشتر در روابط بین فردی و کارکرد اجتماعی (اسکودال^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۵)، بهبود کمتر و استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی- درمانی (کیسی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۴) و کاهش رضایت از کیفیت زندگی می شود (میتچل^{۱۵}، ساکریدا^{۱۶}، کیم^{۱۷}، بالیان^{۱۸}، چیاپتا^{۱۹}، ۲۰۰۹).

-
- 1 - co morbidity
 - 2 - Newton – Howes
 - 3- Tyrer
 - 4 - Johnson
 - 5 - Chioqueta
 - 6 - Stiles
 - 7 - Candrian
 - 8 - Schwartz
 - 9 - Farabugh
 - 10 - Perils
 - 11 - Ehlert
 - 12 - Fava
 - 13 - Scodall
 - 14 - Casy
 - 15 - Mitchell
 - 16 - Sakraida
 - 17 - Kim Bullian
 - 18 - Bullian
 - 19 - Chiappetta

به این ترتیب، با توجه به نقشی که اختلالات شخصیت در شکل‌گیری و تداوم اپیزودهای اختلال افسردگی اساسی دارند، به نظر می‌رسد پرداختن به روان‌درمانی‌های تحلیلی که به اثر اختلالات شخصیت در شکل‌گیری بیماری‌های روانی نیز می‌پردازد، موثر و مقرون به صرفه بوده و برای کمک به سطح دوم بهداشت روانی سودمند و ضروری باشد (استوری^۱، زاکر^۲ و کراسک^۳، ۲۰۰۴) (۲۰۰۴) این مطلب در ادامه این فصل بحث می‌شود.

بیان مسئله

از نیمه دوم قرن بیستم، انواع متفاوتی از روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت^۴ توسط مالان^۵ (۱۹۶۳)، سیفنیوز^۶ (۱۹۷۹)، دوانلو^۷ (۱۹۸۰)، استراپ^۸ و بایندر^۹ (۱۹۸۴)، پولاک^{۱۰} و هورنر^{۱۱} (۱۹۸۵)، دی جونگ^{۱۲} (۱۹۹۴) و استادتر^{۱۳} (۱۹۹۶) تدوین شده است (استادتر، ۲۰۰۹). روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت ویژگی‌های مشترک نظریه‌های اصلی مکتب روان‌تحلیلی^{۱۴} یعنی روان‌شناسی سایق^{۱۵}، روان‌شناسی ایگو^{۱۶}، روان‌شناسی رابطه با ابژه^{۱۷}، نظریه دلبستگی^{۱۸} و روان‌شناسی خود^{۱۹} را دربر دارند. از دیدگاه روان‌تحلیلی، ساختارهای زیربنایی شخصیت نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم نشانگان روان‌شناختی از جمله افسردگی ایفا می‌کنند. به همین دلیل رویکردهای روان‌تحلیلی به منظور درمان نشانگان روان‌شناختی روی روابط بین فردی، احساسات، امیال، افکار، خواسته‌ها و انگیزه‌های ناخودآگاه تمرکز می‌کنند (هرسوک^{۲۰}، ۲۰۱۰). تمرکز روان‌درمانی‌های

-
- 1 - Story
 - 2 - Zacker
 - 3 - Craske
 - 4 - short – term psychodynamic psychotherapies
 - 5 - Malan
 - 6 - Sifneos
 - 7 - Davanloo
 - 8 - Strupp
 - 9 - Binder
 - 10 - Pollack
 - 11 - Horner
 - 12 - De Jongh
 - 13 - Stadter
 - 14 - psychoanalytic school
 - 15 - drive psychology
 - 16 - ego psychology
 - 17 - object relations
 - 18 - attachment theory
 - 19 - self psychology
 - 20 - Hersoug

تحلیلی کوتاه مدت روی به خودآگاه آوردن خلق، شناخت، رفتارها و روابط ناخودآگاهی است که نشانگان روانشناختی و مشکلات ارتباطی را شکل می دهد. هدف اولیه روان درمانی های تحلیلی کوتاه مدت، کاهش نشانگان است. از این لحاظ روان درمانی های تحلیلی کوتاه مدت تفاوتی با سایر رواندرمانی های کوتاه مدت از قبیل درمان شناختی - رفتاری^۱ یا درمان حمایتی^۲ ندارد. هدف ثانویه رواندرمانی های تحلیلی کوتاه مدت تغییر شخصیت البته در چارچوب زمانی درمان است. منظور از تغییر شخصیت، کاهش آسیب پذیری و افزایش انعطاف پذیری فرد است (عباس^۳، ۲۰۰۲). اثربخشی روان درمانی های تحلیلی کوتاه مدت در درمان اختلالات روانپزشکی همیشه مساله بحث برانگیزی بوده است.

بسیاری از پژوهشگران اثربخشی روان درمانی های تحلیلی کوتاه مدت در درمان اختلالات روانپزشکی را به طور کلی گزارش نموده و پیوسته به برتری روان درمانی های تحلیلی کوتاه مدت نسبت به شرایط کنترل رسیده اند (اسوارتبرگ^۴ و استایلز^۵، ۱۹۹۱؛ کریس - کریستوف^۶، ۱۹۹۲؛ اندرسون^۷ و لمبرت^۸، ۱۹۹۶؛ لایشنرینگ^۹، رابونگ^{۱۰} و لایبینگ^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ عباس^{۱۲}، هنکوک^{۱۳}، هندرسون^{۱۴} و کیسلی^{۱۵}، ۲۰۰۶). اما در مقایسه روان درمانی های تحلیلی کوتاه مدت با سایر رویکردهای رواندرمانی در درمان اختلالات روانپزشکی به طور کلی، فراتحلیل ها به نتایج متفاوتی رسیده اند: در حالی که برخی از یافته ها حاکی از اثربخشی کمتر روان درمانی های تحلیلی کوتاه مدت نسبت به سایر روان درمانی ها بوده اند (اسوارتبرگ و استایلز، ۱۹۹۱)، برخی دیگر اثربخشی هم اندازه با سایر روان درمانی ها را گزارش نموده اند (کریس - کریستوف، ۱۹۹۲؛ اندرسون و لمبرت، ۱۹۹۵؛ لایشنرینگ و همکاران، ۲۰۰۴). تا این زمان فراتحلیل هایی که در مورد اثربخشی

1 - cognitive – behavioral theory

2 - supportive

3 - Abbass

4 - Svartberg

5 - Stiles

6 - Crits – Christoph

7 - Anderson

8 - Lambert

9 - Leichsenring

10 - Rabung

11 - Leibing

12 - Abbass

13 - Hancock

14 - Handerson

15 - Keisely

روان درمانی کوتاه مدت در درمان افسردگی بودند حاوی تعداد کمی پژوهش یعنی ۲ تا ۴ پژوهش بودند. به جز اسواتبرگ و استایلز که در یک زیر مجموعه متشکل از ۶ پژوهش در مورد افسردگی به برتری سایر روان‌درمانی‌ها نسبت به روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت رسیدند، سایر فراتحلیل‌ها به دلیل محدود بودن تعداد پژوهش‌هایی که اختصاصاً به جمعیت افسرده پرداخته باشند، گزارشی در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت در درمان افسردگی نداشتند.

در حالی که فراتحلیل‌هایی که تا این زمان مورد بررسی قرار گرفته بودند اثربخشی روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت را در اختلالات روانپزشکی به طور کلی مرور کرده بودند، دو فراتحلیل نسبتاً جدیدتر اختصاصاً روی درمان روان‌تحلیلی افسردگی تمرکز کردند (لایشرینگ، ۲۰۰۱؛ چرچیل^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). لایشرینگ (۲۰۰۱) ضمن مقایسه روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت و درمان شناختی - رفتاری در ۶ پژوهش به این نتیجه رسید که هر دو روان‌درمانی در درمان افسردگی به یک اندازه اثربخشی دارند. البته این نتیجه از نظر لایشرینگ، به دلیل اندک بودن تعداد پژوهش‌های وارد شده در فراتحلیل، اولیه باید قلمداد شود. چرچیل و همکاران (۲۰۰۱) نیز با مقایسه روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت با روان‌درمانی شناختی - رفتاری و روان‌درمانی حمایتی به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که روان‌درمانی شناختی - رفتاری دریافت می‌کنند، به احتمال بیشتری، بیش از بیمارانی که روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت دریافت می‌کنند، بهبود می‌یابند اما در نشانگان پس از درمان، کاهش نشانگان و ریزش از درمان تفاوتی با یکدیگر ندارند. در مقایسه اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت و روان‌درمانی حمایتی به دلیل کمبود داده‌ها، نتیجه‌ای حاصل نشد. هر دو فراتحلیل شامل مقایسه روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت با گروه کنترل نبود. به این ترتیب، تا این جا دو فراتحلیل اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت در درمان افسردگی به طور اختصاصی را در حالی گزارش داده‌اند که تنها بر اساس مقایسه با سایر روان‌درمانی‌ها بوده و نتایج متناقضی داشته‌اند. علاوه بر این دو فراتحلیل شامل مقایسه با گروه کنترل نبوده‌اند.

1 - Churchill

اما در جدیدترین فراتحلیل بررسی اثربخشی رواندرمانی های تحلیلی کوتاه مدت در درمان اختلال افسردگی اساسی، دریزن^۱، کویپرز^۲، دی مات^۳، عباس، دی جونگ و دکر^۴ (۲۰۰۹)، با استفاده از یک راهبرد پژوهشی فراگیر به این نتیجه رسید که رواندرمانی تحلیلی کوتاه مدت اثربخشی معناداری نسبت به گروه کنترل ($d=0/69$) دارد. علاوه بر این میزان تغییر در شدت افسردگی از پیش آزمون تا پس آزمون بزرگ بود ($d=1/34$) و این تغییر تا یک سال پیگیری نیز ادامه داشت. هر چند که این فراتحلیل به بحث های زیادی پیرامون اثربخشی رواندرمانی های کوتاه مدت تحلیلی در درمان اختلالات روانپزشکی به ویژه اختلال افسردگی پایان داد اما هنوز هم از طرف پژوهشگران بسیاری ضرورت پژوهش در زمینه اثربخشی رواندرمانی های تحلیلی کوتاه مدت اصرار می شود (کرنبرگ^۵، ۲۰۰۶، عباس، ۲۰۰۶).

از طرف دیگر، همانگونه که در مقدمه اشاره اجمالی شد، اختلالات شخصیت نقش مهمی در آسیب پذیری فرد نسبت به ابتلا به افسردگی و نیز روند بهبودی از آن ایفا می کنند. پژوهش هایی که تا امروز به ارتباط بین افسردگی و اختلالات شخصیت پرداخته اند به این متغیرها توجه داشته اند: (۱) طول دوره اپیزود افسردگی یا مزمن شدن (لوینسون^۶، رود^۷، سیلی^۸ و کلاین^۹، ۱۹۹۷)، (۲) نرخ یا یا تعداد عود (ایلاردی^{۱۰}، کرایگید^{۱۱} و ایوانز^{۱۲}، ۱۹۹۷)، (۳) شدت افسردگی (دیلی^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۷)، و (۴) نشانگان اختصاصی (رابینز^{۱۴}، بگی^{۱۵}، رکتور^{۱۶}، لینچ^{۱۷} و کندی^{۱۸}، ۱۹۹۷).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷ و ۲۰۰۰)، سه خوشه اختلالات شخصیت وجود دارد: اختلالات شخصیت خوشه A که عجیب و

-
- 1 - Driessen
 - 2 - Cuijpers
 - 3 - De Maat
 - 4 - Dekker
 - 5 - Kernberg
 - 6 - Lewinsohn
 - 7 - Rohd
 - 8 - Seeley
 - 9 - Klein
 - 10 - Ilardi
 - 11 - Craighead
 - 12 - Ivans
 - 13 - Daily
 - 14 - Rabins
 - 15 - Baghy
 - 16 - Rector
 - 17 - Lynch
 - 18 - Kennedy

غریب نامیده می شوند (اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال)، اختلالات شخصیت خوشه B که دراماتیک و سطحی هستند (اختلالات شخصیت نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی) و اختلالات شخصیت خوشه C که ویژگی های اضطرابی دارند (اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواس - جبری و پرخاشگر منفعل). اختلالات شخصیتی که داخل یک خوشه قرار می گیرند بیشتر با یکدیگر شباهت و همپوشانی دارند و این مسأله به اندازه ایی است که معمولاً در پژوهش هایی که اثر همبندی اختلالات شخصیت در درمان افسردگی را مورد بررسی قرار داده اند، از یکدیگر متمایز یا تفکیک نمی شوند (کلونینگر^۱ و اسوراکیک^۲، ۲۰۰۰).

خوشه های مختلف اختلالات شخصیت اثرات متفاوتی در طول دوره و بهبودی از اختلال افسردگی اساسی دارند. (آلوی^۳، ابرامسون^۴، وایت هاوس^۵ و هوگان^۶، ۱۹۹۹). یاکوویلو^۷، آلوی، ابرامسون، وایت هاوس (۲۰۰۷) ضمن پژوهشی به منظور بررسی نقش اختلالات شخصیت خوشه B و C در دوره اختلال افسردگی اساسی در یک مطالعه آینده نگر به این نتیجه رسیدند که در حالی که اختلالات شخصیت خوشه B شدت و طول دوره افسردگی را پیش بینی می کنند، اختلالات شخصیت خوشه C باعث مزمن شدن افسردگی می شوند.

پژوهش های اندکی که همبندی اختلالات شخصیت خوشه C و اختلال افسردگی اساسی را در بهبود افسردگی مورد بررسی قرار داده اند حاکی از این بوده اند که همبندی اختلالات شخصیت خوشه C باعث بهبودی کمتر افسردگی و تداوم اپیزود آن می شوند. ایلاردی و همکاران (۱۹۹۷) با مطالعه ۵۰ بیمار سرپایی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و پیگیری آنها از ۳۳ تا ۸۴ ماه به این نتیجه رسید که اختلال شخصیت خوشه C باعث کاهش مدت زمان بین دوره های افسردگی و کوتاه شدن دوره عود می شود. همچنین تنها ۳۲ درصد جمعیت نمونه در طول مدت ۲۴ ماه پیگیری فاقد دوره عود بودند.

1 - Cloninger
2 - Svrakic
3 - Alloy
4 - Abramson
5 - Witehouse
6 - Hogan
7 - Iacoviello

ویناماکسی^۱، تانزانیان^۲، کوی ووما- هونکانن^۳، هاتاینن^۴، هونکالامپی^۵، آنتی کاینن^۶ و همکاران (۲۰۰۳) نیز ضمن پژوهشی به منظور بررسی نقش اختلالات شخصیت خوشه C در بهبودی یافتن از اختلال افسردگی اساسی، ضمن مقایسه ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C با ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بدون اختلال شخصیت همایند در یک پیگیری ۲۴ ماهه، به این نتیجه رسید که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت نسبت به بیماران فاقد اختلال شخصیت به بهبودی کمتری می‌رسند. ۴۷ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C در مقابل تنها ۱۸ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پس از ۲۴ ماه پیگیری واجد ملاک های اختلال افسردگی اساسی بودند.

علاوه بر این ویناماکسی، هینتیکا^۷، هونکالامپی، کوی ووما- هونکانن، کوویزما^۸، آنتی کاینن و همکاران (۲۰۰۲) نیز ضمن پژوهشی به منظور بررسی نقش اختلالات شخصیت خوشه C در کاهش شدت نشانگان اختلال افسردگی اساسی، در پیگیری ۶ ماهه تغییرات نشانگان افسردگی در ۵۲ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C و ۶۵ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بدون اختلال شخصیت همایند به این نتیجه رسید که بهبودی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت خوشه C (۱۶ درصد) به مراتب کمتر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی فاقد اختلالات شخصیت همایند (۵۴ درصد) است. علاوه بر این تحلیل رگرسیون لوجستیک نتایج، حاکی از ارتباط مستقیم بین عدم بهبودی و وجود اختلالات شخصیت خوشه C بود. به عبارت دیگر، وجود اختلالات شخصیت خوشه C، تخفیف خود به خودی علائم در اختلال افسردگی اساسی را در یک پیگیری ۶ ماهه به تعویق انداخته و باعث تداوم نشانگان است.

1 - Viinamaki
2 - Tanzanian
3 - Koivumaa- Honkanen
4 - Haatainen
5 - Honkalampi
6 - Antikainen
7 - Hintikka
8 - Kuisma