

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

### پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری تخصصی

در رشته روان‌شناسی بالینی

### موضوع:

اثر بخشی تفسیر انتقال بر فرایند بینش، شدت افسردگی اساسی و علایم همراه در

روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت

### استاد راهنما

دکتر پروانه محمدخانی

### استاد مشاور

دکتر بهروز دولتشاهی

### دانشجو

مظاهر رضایی

سال تحصیلی ۸۸ - ۱۳۸۷

شماره ثبت ۱۸۸ - ۲۰۰

## 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 **مظاهر رضایی** دانش آموخته 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 آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نمایم و درج نام و آدرس محل دیگری خوداری 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 ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی سرکار خانم دکتر محمد خانی و مشاوره جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی انجام و در سال ۱۳۸۸ 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٪ بهای 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 خوداری 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 مظاهر رضایی 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

مظاهر رضایی  
امضاء و تاریخ

## چکیده

**هدف:** در پژوهش حاضر هدف بررسی نقش بینش به عنوان واسطه‌ی اثربخشی تفسیر انتقال در تغییر شدت افسردگی و علائم همراه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی بود.

**روش بررسی:** در پژوهش حاضر با استفاده از طرح تک آزمودنی چند خط‌پایه‌ای، ۲۰ جلسه درمان هفته‌ای یکبار بر روی ۶ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی - که به شیوه غیر تصادفی انتخاب بودند- اجرا گردید. آزمودنی‌ها با تشخیص روان‌پزشک مبنی بر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اطمینان از محرز بودن ملاکهای ورود و خروج پژوهش در طرح پژوهش قرار گرفتند. علاوه بر مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک - برای سنجش شدت افسردگی - و پرسشنامه مختصر علائم - برای سنجش علائم همراه - مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس پیشرفت روان‌درمانی راتگرز برای ارزیابی بینش به کار گرفته شد. داده‌های تحقیق از طریق تحلیل میزان اثر و نمودارها مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها در ۵ آزمودنی از ۶ مورد شدت افسردگی و علائم همراه در نیمه دوم درمان کاهش پایدار نشان داد. تغییرات توأم شدت افسردگی و علائم همراه با سطح بینش فقط در نیمه دوم درمان قانونمند بود.

**نتیجه‌گیری:** رابطه‌ی تغییر بینش با تغییر شدت افسردگی و علائم همراه آن بعد از تفسیر انتقال رابطه‌ی غیر خطی می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** تفسیر انتقال / بینش / افسردگی / روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت

۱	<b>فصل اول: موضوع پژوهش.....</b>
۲	مقدمه
۳	بیان مساله
۶	اهمیت و ضرورت پژوهش
۷	اهداف پژوهش
۷	فرضیه‌های پژوهش
۷	تعریف نظری و عملی متغیرها
۱۲	<b>فصل دوم: پیشینه پژوهش.....</b>
۱۳	۱- افسردگی
۱۳	۱-۱) مبانی نظری افسردگی
۱۷	۱-۲) پژوهش‌های تجربی پیرامون اثربخشی مدل‌های روان‌درمانی در افسردگی
۲۴	۲) انتقال
۲۴	۲-۱) ابعاد نظری انتقال
۳۲	۲-۲) پژوهش‌های تجربی پیرامون انتقال
۴۷	۳) بینش
۴۷	۳-۱) مبانی نظری بینش
۴۹	۳-۲) پژوهش‌های تجربی پیرامون بینش
۶۰	<b>فصل سوم: روش پژوهش.....</b>
۶۱	طرح پژوهش
۶۱	جامعه آماری
۶۲	نمونه و روش انتخاب آزمودنیها
۶۳	ابزارهای پژوهش
۶۳	پرسشنامه افسردگی بک
۶۴	پرسشنامه مختصر علائم
۶۸	مصاحبه بالینی ساخت یافته
۷۰	مقیاس پیشرفت روان‌درمانی راتگرز
۷۳	اجرای پژوهش
۷۶	روش تحلیل داده‌ها
۷۶	ملاحظات اخلاقی

۷۸.....	<b>فصل چهارم: یافته‌های پژوهش</b>
۸۷	تحلیل فرضیه ۱
۹۴	تحلیل فرضیه ۲
۱۰۴	تحلیل فرضیه ۳
۱۰۸	تحلیل فرضیه ۴
۱۱۶.....	<b>فصل پنجم: بحث در نتایج</b>
۱۱۷	بخش اول: پیامد
۱۲۵	بخش دوم: فرایند
۱۲۸	محدودیتها و پیشنهادات
۱۳۱.....	<b>منابع</b>
۱۳۹.....	<b>پیوستها</b>
۱۴۰	پیوست ۱: پرسشنامه افسردگی بک
۱۴۳	پیوست ۲: پرسشنامه مختصر علائم
۱۴۶	پیوست ۳: مثالهایی از سنجش بیش
۱۵۰	پیوست ۴: اصول تفسیر انتقال بر مبنای راهنمای لوپورسکی (۱۹۸۴)
۱۵۵	پیوست ۵: فرم رضایت و همکاری آزمودنی
۱۵۷	پیوست ۶: فرم رونوشت جلسات

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ ضرایب پایایی بین ارزیابها برای تعداد تفسیرهای انتقال در یک جلسه	۴۳
جدول ۲-۲ میانگین فراوانی تفسیرهای انتقال در هر جلسه	۴۴
جدول ۱-۳ مشخصات آزمودنیها	۶۳
جدول ۲-۳ فراوانی آزمودنیهای خارج شده از طرح طبق معیارهای خروج	۷۵
جدول ۳-۳ الف فراوانی انتقال ارزیابی شده توسط داوران و پژوهشگر	۷۷
جدول ۳-۳ ب ضریب همبستگی کندال برای توافق داوران و پژوهشگر در ارزیابی فراوانی تفسیر انتقال	۷۷
جدول ۱-۴ مورد ۱: مونث، ۲۵ ساله	۸۱
جدول ۲-۴ مورد ۲: مذکر، ۲۱ ساله	۸۲
جدول ۳-۴ مورد ۳: مذکر، ۲۳ ساله	۸۳
جدول ۴-۴ مورد ۴: مذکر، ۱۹ ساله	۸۴
جدول ۵-۴ مورد ۵: مذکر، ۲۵ ساله	۸۵
جدول ۶-۴ مورد ۶: مونث، ۲۴ ساله	۸۶
جدول ۷-۴ میانه فراوانی تفسیرهای انتقال در هر جلسه	۸۸
جدول ۸-۴ تحلیل میزان اثر (d کوهن) مقایسه تغییرات شدت افسردگی دوره قبل از درمان و بعد از درمان	۸۹
جدول ۹-۴ تحلیل میزان اثر (d کوهن) مقایسه تغییرات کل علائم مثبت دوره قبل از درمان و بعد از درمان	۹۵
جدول ۱۰-۴ تحلیل میزان اثر (d کوهن) مقایسه تغییرات شدت علائم دوره قبل از درمان و بعد از درمان	۱۰۰
جدول ۱-۵ میانگین فراوانی تفسیرهای انتقال در هر جلسه	۱۲۳
جدول ۲-۵ ضرایب پایایی بین ارزیابها برای تعداد تفسیرهای انتقال در یک جلسه	۱۲۳
جدول ۳-۵ ضریب همبستگی کندال برای توافق داوران و پژوهشگر در ارزیابی فراوانی تفسیر انتقال	۱۲۴

## فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۹۰	نمودار ۱-۴: شدت افسردگی مورد ۱ تا مورد ۳ در دوره قبل از درمان، درمان، و پیگیری
۹۳	نمودار ۲-۴: شدت افسردگی مورد ۴ تا مورد ۶ در دوره قبل از درمان، درمان، و پیگیری
۹۷	نمودار ۳-۴: علائم مثبت مورد ۱ تا مورد ۳ در دوره قبل از درمان، درمان، و پیگیری
۹۹	نمودار ۴-۴: علائم مثبت مورد ۴ تا مورد ۶ در دوره قبل از درمان، درمان، و پیگیری
۱۰۱	نمودار ۵-۴: شدت علائم مورد ۱ تا مورد ۳ در دوره قبل از درمان، درمان، و پیگیری
۱۰۳	نمودار ۶-۴: شدت علائم مورد ۴ تا مورد ۶ در دوره قبل از درمان، درمان، و پیگیری
۱۰۶	نمودار ۷-۴: سطح بینش و شدت افسردگی مورد ۱ تا مورد ۳ در ۲۰ جلسه درمان
۱۰۷	نمودار ۸-۴: سطح بینش و شدت افسردگی مورد ۴ تا مورد ۶ در ۲۰ جلسه درمان
۱۱۰	نمودار ۹-۴: سطح بینش و علائم مثبت مورد ۱ تا مورد ۳ در ۲۰ جلسه درمان
۱۱۲	نمودار ۱۰-۴: سطح بینش و علائم مثبت مورد ۴ تا مورد ۶ در ۲۰ جلسه درمان
۱۱۴	نمودار ۱۱-۴: سطح بینش و شدت علائم مورد ۱ تا مورد ۳ در ۲۰ جلسه درمان
۱۱۵	نمودار ۱۲-۴: سطح بینش و شدت علائم مورد ۴ تا مورد ۶ در ۲۰ جلسه درمان





**فصل اول:**  
**موضوع پژوهش**

## فصل اول: موضوع پژوهش

### مقدمه

جایگاه درمان‌های روانکاوی و روان‌پوشی در روان‌پزشکی بحث برانگیز می‌باشد (گابارد<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). برای روان‌درمانی روان‌پوشی طولانی مدت و روانکاوی پژوهش‌های قانع‌کننده جزء ضروریات پژوهشی این حیطه می‌باشد (کرنبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). ولی در حیطه روان‌درمانی روان‌پوشی کوتاه‌مدت شواهدی مبنی بر اثربخشی این گونه روان‌درمانی‌ها موجود می‌باشد. فراتحلیلی‌های متعددی گواه اثربخشی روان‌درمانی روان‌پوشی کوتاه‌مدت می‌باشد (کریتس - کریستوف<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲؛ لیشن رینگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسوارت برگ<sup>۵</sup> و استیلز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱؛ اندرسون<sup>۷</sup> و لامبرت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵). بعنوان مثال، فراتحلیل کریتس - کریستوف (۱۹۹۲) حاکی است اندازه اثر روان‌درمانی روان‌پوشی کوتاه‌مدت در مقایسه با بیماران درمان نشده (گروه کنترل) زیاد می‌باشد و اثر آن معادل دیگر درمان‌ها از قبیل درمان شناختی - رفتاری و دارو درمانی می‌باشد (کریتس - کریستوف، ۱۹۹۲).

در روانکاوی و روان‌درمانی منشعب از آن - که به روان‌درمانی روان‌پوشی<sup>۹</sup> موسوم هستند - تکنیک تفسیر، ابزار اصلی درمانگر می‌باشد (گرینسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۴). تفسیر رویا<sup>۱۱</sup>، دفاعها<sup>۱۲</sup>، مقاومت<sup>۱۳</sup>، و انتقال<sup>۱۴</sup> محورهای اساسی کار این رویکرد بر روی آسیب‌شناسی روانی بیمار می‌باشد (گابارد، ۲۰۰۴). برای شروع

---

1 - Gabbard  
 2 - Kernberg  
 3 - Chrits - Christoph  
 4 - Leichsenring  
 5 - Svartberg  
 6 - Stiles  
 7 - Anderson  
 8 - Lambert  
 9 - Psychodynamic  
 10 - Greenson  
 11 - Dreams  
 12 - Defences  
 13 - Resistance  
 14 - Transference

پژوهشهای تجربی در روان‌درمانی روان‌پویشی نیز ابتدا این سوال مطرح شد که عوامل فعال و موثر درمان چیست؟ این سوال تا حال با پژوهشهای آزمایشگاهی بسیار اندکی پاسخ داده شده است (لیشن‌رینگ و همکاران، ۲۰۰۴). فروید خاطر نشان می‌سازد تغییرات معنی‌دار در بیماران را موقعی می‌توان مشاهده کرد که انتقال<sup>۱</sup> در چارچوب جلسات روان‌درمانی شناسایی و تفسیر شود (فروید، ۱۹۱۲). نکته‌یی که روانکاوه‌های بعد از فروید نیز بر آن صحنه گذاشتند (گیل<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲؛ گرینسون<sup>۳</sup>، ۱۹۷۴؛ استراچی<sup>۴</sup>، ۱۹۳۴/۱۹۹۹).

از طرف دیگر روان‌درمانگران وفادار به روانکاوی تلاش در کوتاه‌تر کردن طول روان‌درمانی داشتند (مالان<sup>۵</sup>، ۱۹۷۶a؛ سیف‌نوز<sup>۶</sup>، ۱۹۷۳). در این راه نیز نظریه‌پردازان سعی داشتند قویترین مکانیزم موثر را در دوره روان‌درمانی بگنجانند. اکثر این دیدگاهها نیز انتقال را در نظر گرفتند (دوانلو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ سیف‌نوز، ۱۹۷۳). بدین ترتیب اینک که نوبت به آزمودن یکی از مفاهیم پیچیده این رویکرد پر از سوال در حیطه پژوهشهای تجربی بود، بنا به اقتضای این پژوهشها دو سوال در ابتدای کار بایستی پاسخ داده شود: ۱- تفسیر انتقال چه پیامدی دارد؟ ۲- تفسیر انتقال موجب تغییر کدام مکانیزم روان‌شناختی می‌شود؟

به تلاشهای پژوهشی برای پاسخ به ۲ سوال مذکور در سطور ذیل و فصل ۲ بیشتر پرداخته شده است.

## بیان مسأله

با وجود گذشت بیش از ۴۰ سال از پیدایش و توسعه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، و انتشار مطالعات گوناگون پیرامون اثربخشی بر روی اختلالات متنوع، هنوز سهم این مطالعات در تعیین اثر بخشی این شیوه در اختلالات شایع روانی از قبیل افسردگی اساسی ناچیز می‌باشد (عباس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). لیشن‌رینگ و

<sup>۱</sup> - Freud

<sup>۲</sup> - Gill

<sup>۳</sup> - Greenson

<sup>۴</sup> - Strachey

<sup>۵</sup> - Malan

<sup>۶</sup> - Sifneos

<sup>۷</sup> - Davanloo

<sup>۸</sup> - Abbass

همکاران (۲۰۰۴) در فراتحلیل خود فقط به ۲ مطالعه در زمینه افسردگی اساسی اشاره می‌کنند (لیشن رینگ و همکاران، ۲۰۰۴). لاو<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) نیز با مروری بر پژوهشهای تجربی پیرامون اثربخشی روان‌درمانی‌های مختلف در درمان افسردگی، سهم بیشتری برای رویکردهای دیگر قایل است و سهم روان‌درمانی پویشی را محدود به چند پژوهش ضعیف می‌داند (لاو، ۲۰۰۷). این در حالی است که پدیده افسردگی از بدو تاسیس روان‌کاوی مورد توجه بنیانگذار آن بوده است (فروید، ۱۹۱۴).

در تمرکز بر تفسیر انتقال به عنوان تکنیک محوری روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت خلاء بیشتری به چشم می‌خورد. مطالعات انجام شده با گنجاندن طیف وسیعی از اختلالات به اثر بخشی متناقض این تکنیک اشاره دارند. برخی پژوهشها حاکی از اثربخشی تفسیر انتقال بر پیامد (اندرسون<sup>۲</sup> و باوم<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴؛ اندرسون و کول<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ باربر<sup>۵</sup>، کریتس<sup>۶</sup> - کریستوف<sup>۶</sup>، و لوبورسکی، ۱۹۹۶؛ باربر، لوبورسکی و همکاران، ۱۹۹۵؛ باگوالد<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ کونولی<sup>۸</sup>، کریتس<sup>۸</sup> - کریستوف، شاپل<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ کریتس<sup>۸</sup> - کریستوف و همکاران، همکاران، ۱۹۸۸؛ گرینر<sup>۱۰</sup> و لوبورسکی، ۱۹۹۶؛ هوگلند<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳؛ هوگلند، آملو<sup>۱۲</sup>، ماربل<sup>۱۳</sup>، و همکاران، ۲۰۰۶؛ هوگلند، باگوالد، و همکاران، ۲۰۰۰؛ ملان<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۷۶b؛ مارزیالی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۴؛ مک کالوگ<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ پیپر<sup>۱۷</sup>، ازیم<sup>۱۸</sup>، و همکاران، ۱۹۹۱؛ پیپر، دلبان<sup>۱۹</sup>، و همکاران، ۱۹۸۶؛ پیپر، جویس<sup>۱۹</sup>، مک

---

1 - Law  
 2 - Anderson  
 3 - Baum  
 4 - Cole  
 5 - Barber  
 6 - Crits-Christoph  
 7 - Bogwald  
 8 - Connolly  
 9 - Shapel  
 10 - Grenyer  
 11 - Hoglend  
 12 - Amlo  
 13 - Marble  
 14 - Malan  
 15 - Marziali  
 16 - McCullough  
 17 - Piper  
 18 - Azim  
 19 - Delbane

کالوم، و همکاران، ۱۹۹۳؛ پیپر، اگرودنیزوک<sup>۲</sup>، جويس و همکاران (۱۹۹۹) و برخی دیگر مدعی فقدان اثربخشی (هوگلند، هایردال<sup>۳</sup>، آملو، و همکاران، ۱۹۹۳؛ روسر<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۳) بوده‌اند.

واسطه‌های اثربخشی تفسیر انتقال چه متغیرهایی هستند؟ بلوم<sup>۵</sup> (۱۹۹۲) اظهار می‌دارد عامل حیاتی تغییر در روان‌درمانی روان‌پویشی، بینش<sup>۶</sup> می‌باشد. در بررسی رابطه بینش و کاهش علائم روان‌شناختی نیز به مطالعه‌ی اختصاصی افسردگی اساسی توجهی نشده است و یافته‌های پژوهشها با نمونه‌های مرکب از اختلالات متنوع با نتایج متناقض همراه است. یافته برخی پژوهشها به رابطه این دو اشاره دارند (گرانده<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ هوگلند و همکاران، ۱۹۹۴؛ کیولیکان<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعات مذکور نشان داده‌اند بالا رفتن سطح بینش در دوره درمان با پیامد مثبت (کاهش علائم) ارتباط دارد. در حالیکه پژوهشها دیگر (کونولی، کریتس کریستوف، شلتون<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ دیمیر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ کریتس کریستوف، ۱۹۸۴ به نقل از لوبورسکی، ۱۹۸۸) حاکی از فقدان رابطه معنی‌دار بین دو سازه مذکور می‌باشند.

بدین ترتیب، پژوهش حاضر در پی بررسی انحصاری اثربخشی تکنیک اختصاصی روان‌درمانی روان‌پویشی (تفسیر انتقال) در درمان افسردگی اساسی و علائم همراه، و نیز واسطه‌ی تغییر (بینش) است. در این راستا به تفسیر انتقال بر اساس راهنما (لوبورسکی، ۱۹۸۴) توجه شده است که در اکثر پژوهشهای فوق‌بدان توجهی نشده است. سنجش بینش بر اساس آخرین دستاورد این حیطة نیز وجه تمایز دیگر این پژوهش می‌باشد.

---

1 - Joyce

2 - Ogrodniczuk

3 - Heyerdahl

4 - Rosser

5 - Blum

6 - Insight

7 - Grande

8 - Kivlighan

9 - Shelton

10 - Diemer

## اهمیت و ضرورت پژوهش

بر اساس مصاحبه‌ی بالینی بروز افسردگی اساسی ۲٪ تا ۴٪ می‌باشد (کسلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). نرخ شیوع طول عمر برای افسردگی در دامنه‌ی ۶٪ تا ۲۵٪ قرار دارد (کسلر، ۲۰۰۲). این اختلال فرسایشی با تخریب قابل ملاحظه‌ی جنبه‌های مختلف زندگی از قبیل شناختی، هیجانی، و جسمانی همراه است (لاو، ۲۰۰۷). علیرغم تنوع رویکردهای روان‌درمانی از دهه ۱۹۶۰ برای درمان این اختلال هنوز معضلات متعددی وجود دارد (لاو، ۲۰۰۷). یکی از معضلات فقدان درمان اختصاصی در رفع علائم می‌باشد. دی روبیس<sup>۲</sup> و کریتس کریستوف (۱۹۹۸) در مقایسه ۴ رویکرد روان‌درمانی درمان شناختی - رفتاری، روان‌درمانی بین فردی، روان‌درمانی بین فردی و روان‌پویشی، و رفتاردرمانی در درمان افسردگی برتری هیچ یک را مشاهده نکردند (دی روبیس و کریتس کریستوف، ۱۹۹۸). موسسه ملی بهداشت روانی ایالات متحده یک برنامه پژوهشی موسوم به برنامه پژوهشی درمان افسردگی طراحی کرد که در آن درمانهای روان‌شناختی افسردگی از دیدگاه روان‌درمانی بین فردی و درمان شناختی - رفتاری مورد بررسی و با درمان دارویی مورد مقایسه قرار گرفت نتیجه نشان داد هر سه نوع درمان به دارونما (پلاسیبو) برتری داشتند. در مورد عود علائم، درمان شناختی - رفتاری و رویکرد بین فردی به دارودرمانی برتری داشتند (الکین<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۹).

دیگر معضل درمان افسردگی اساسی پیشگیری از عود علائم به دلیل ماهیت تمایل بالای این اختلال به عود می‌باشد. داروهای ضد افسردگی که برای اغلب بیماران درمان معمول محسوب می‌شود، ولی بر خطر عود پس از قطع درمان موثر نیستند (هولن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). گرچه عود علائم در روان‌درمانی کمتر می‌باشد، ولی ولی منتفی نیست. به عنوان مثال درمان شناختی برای افسردگی ۶۷٪ توفیق درمان و ۲۵٪ نرخ عود (در طی یکسال) شناخته شده است (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۵).

<sup>1</sup> - Kessler

<sup>2</sup> - De Rubeis

<sup>3</sup> - Elkin

<sup>4</sup> - Hollon

## اهداف پژوهش

اهداف پژوهش عبارتند از:

(۱) تعیین اثربخشی تفسیر انتقال در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر کاهش شدت افسردگی اساسی و

علائم همراه

(۲) تعیین نقش بینش به عنوان واسطه‌ی اثربخشی تفسیر انتقال در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر کاهش

شدت افسردگی اساسی و علائم همراه

## فرضیه‌های پژوهش

فرضیه (۱) تفسیر انتقال، شدت افسردگی اساسی را کاهش می‌دهد.

فرضیه (۲) تفسیر انتقال، علائم همراه افسردگی اساسی را کاهش می‌دهد.

فرضیه (۳) افزایش سطح بینش با کاهش شدت افسردگی اساسی همراه است.

فرضیه (۴) افزایش سطح بینش با کاهش علائم همراه افسردگی اساسی همراه است.

همانطوریکه دیده می‌شود فرضیه ۱ و ۲ پیامد، و فرضیه ۳ و ۴ فرایند را پیش‌بینی نموده است. بدین ترتیب در

فرضیه ۳ و ۴ مفروضه‌ی صحیح بودن فرضیه ۱ و ۲ نهفته است.

## تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش

مفاهیمی که در فرضیه‌ها و سوالات تحقیق مطرح می‌باشند عبارتند از: تفسیر انتقال، بینش، و افسردگی. تعریف

مفاهیم و متغیرهای تحقیق به شرح ذیل می‌باشد:

### (۱) تفسیر انتقال

تعریف نظری تفسیر انتقال: حال پریشانی که مطرح می‌شود این است که درمانگر چگونه در درمان، به تفسیر

انتقال می‌پردازد و بینش را پرورش می‌دهد؟ در روانکاوی کلاسیک و نیز در روان‌درمانی روان‌پویایی

کوتاه مدت، تکنیک تفسیر مهمترین ابزار درمانگر در جهت افزایش بینش می باشد. در واقع تفسیر روابط مشکل زا در زندگی فرد بعنوان تکنیک کلیدی در جهت افزایش بینش بیمار در روان درمانیهای روان پویشی نوین از قبیل درمان بیانی - حمایتی<sup>۱</sup> لوبورسکی (۱۹۸۴) در نظر گرفته می شوند. این مدل درمانی تکنیکهایی را ارائه داده است که بیماران را قادر می سازد الگوهای روابط غیرانطباقی خود را درک کنند، رشد این الگو را بفهمند، و نیز به درک ارتباط این الگوها با علائم خود برسند. در این درمان، درمانگر به بیماران کمک می نماید الگوهای روابط خارج از درمان را از طریق تفسیر الگوهای روابط خود با درمانگر (از طریق تفسیر انتقال) درک کنند. برای مطالعه ی بیشتر انتقال و تفسیر انتقال مراجعه شود به فصل دوم.

**تعریف عملیاتی تفسیر انتقال:** تکنیکهای تفسیر انتقال مورد استفاده در تحقیق حاضر بر مبنای اصول روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت و بر اساس راهنمای لوبورسکی (۱۹۸۴) می باشد. شمارش فراوانی تفسیر انتقال در هر جلسه برای هر کدام از آزمودنیها (جداول ۱-۴ تا ۶-۴) گویای این نکته است که تفسیر انتقال صورت گرفته است. برای آشنایی بیشتر با اصول تفسیر انتقال به پیوست ۴ مراجعه کنید.

## (۲) بینش

**تعریف نظری بینش:** بینش به فرایند درک شناختی و هیجانی پویایی تعارضهای درونی، الگوهای بین فردی و رفتارهای تکراری، و ارتباط آنها با تجارب گذشته اطلاق می شود (مسر<sup>۲</sup> و والتزکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ برای مرور تنوع تعریف نظری و عملیاتی بینش به فصل دوم ذیل بحث مبانی نظری بینش مراجعه کنید).

**تعریف عملی بینش:** برای ارزیابی کمی بینش از مقیاس فرعی بینش متعلق به مقیاس پیشرفت روان درمانی راتگرز استفاده شده است. بدین ترتیب که بعد از پایان هر جلسه ۴۵ دقیقه ای از بیمار پرسیده می شود: "امروز

<sup>۱</sup> - Supportive \_ Expressive

<sup>۲</sup> - Messer

<sup>۳</sup> - Wolitzky



در این جلسه در مورد خود چه تجربه‌ای داشتی؟" پاسخ به سوال مذکور با کمک مقیاس مذکور (فصل سوم، بخش ابزارهای پژوهش) تحلیل می‌شود و نتیجه حاصله نمره صفر تا ۴ در این مقیاس برای فرد خواهد بود.

### افسردگی و علایم روان‌شناختی همراه

در این قسمت تعریف نظری و عملیاتی افسردگی اساسی، شدت افسردگی، و علایم همراه هر یک به طور جداگانه در ذیل آورده شده است:

**تعریف نظری افسردگی اساسی:** یک دوره افسردگی اساسی دوره پایدار در طول حداقل ۲ هفته می‌باشد. برای تشخیص افسردگی اساسی، فرد می‌بایست حداقل ۵ نشانه از ۹ نشانه موجود را تجربه کند. در این مدت بایستی حداقل یکی از ۲ نشانه‌ی اصلی توسط بیمار تجربه شده باشد. ۲ نشانه‌ی اصلی عبارتند از:

(۱) خلق افسرده؛ و

(۲) فقدان لذت<sup>۱</sup> (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

چهار نشانه دیگر از فهرست نشانگان ذیل برای تشخیص‌گذاری لازم است:

(۳) افزایش یا کاهش وزن و اشتها؛

(۴) تغییر در الگوی خواب (بی‌خوابی یا کم‌خوابی)؛

(۵) تغییر در میزان فعالیت‌های روانی - حرکتی (کندی یا تهییج و بی‌قراری جسمی)؛

(۶) احساس خستگی؛

(۷) احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه شدید؛

(۸) اشکال در تمرکز یا تصمیم‌گیری؛

(۹) افکار تکرار شونده مربوط به مرگ یا آسیب به خود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ / ۲۰۰۰).

<sup>1</sup> - Anhedinia

**تعریف عملیاتی افسردگی اساسی:** در پژوهش حاضر، آزمودنی‌هایی شرکت داده شدند که قبلاً تشخیص افسردگی اساسی را توسط روان‌پزشک دریافت کرده بودند. آزمودنی‌ها با استفاده از الگوی A مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-IV<sup>۱</sup> (SCID) و بر مبنای دستورالعمل این مصاحبه برای واری شرایط فعلی و وضعیت آنها در دوره‌ی دریافت تشخیص افسردگی اساسی ارزیابی قرار گرفتند (فرست<sup>۲</sup>، اسپیتزر<sup>۳</sup> گیبون<sup>۴</sup>، ویلیامز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶ به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴).

**تعریف نظری شدت افسردگی:** DSM-IV-TR بر اساس مطالعات اعلام می‌دارد یک سال بعد از تشخیص افسردگی اساسی، ۴۰٪ بدون علائم، ۲۰٪ بهبودی نسبی، و ۴۰٪ دارای علائم می‌باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

**تعریف عملیاتی شدت افسردگی:** در پژوهش شدت افسردگی عبارت است از نمره پرسشنامه افسردگی بک (BDI). BDI ۲۱ آیتم دارد و نمرات آن در دامنه ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمرات ۱۳-۱ حد اقل افسردگی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید را منعکس می‌سازد (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

**تعریف نظری علایم همراه افسردگی:** مطالعات همه‌گیرشناسی همبودی قابل ملاحظه‌یی بین افسردگی اساسی و دیگر اختلالات پیدا نموده‌اند. برخی منابع میزان همبودی را ۷۵٪ ذکر می‌کنند (کسلر، ۲۰۰۲). بیشترین اختلالات محور I که با افسردگی همبودی دارند، اختلالات اضطرابی، به ویژه اختلال اضطراب منتشر هستند (کسلر، ۲۰۰۲).

<sup>1</sup> Structure Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

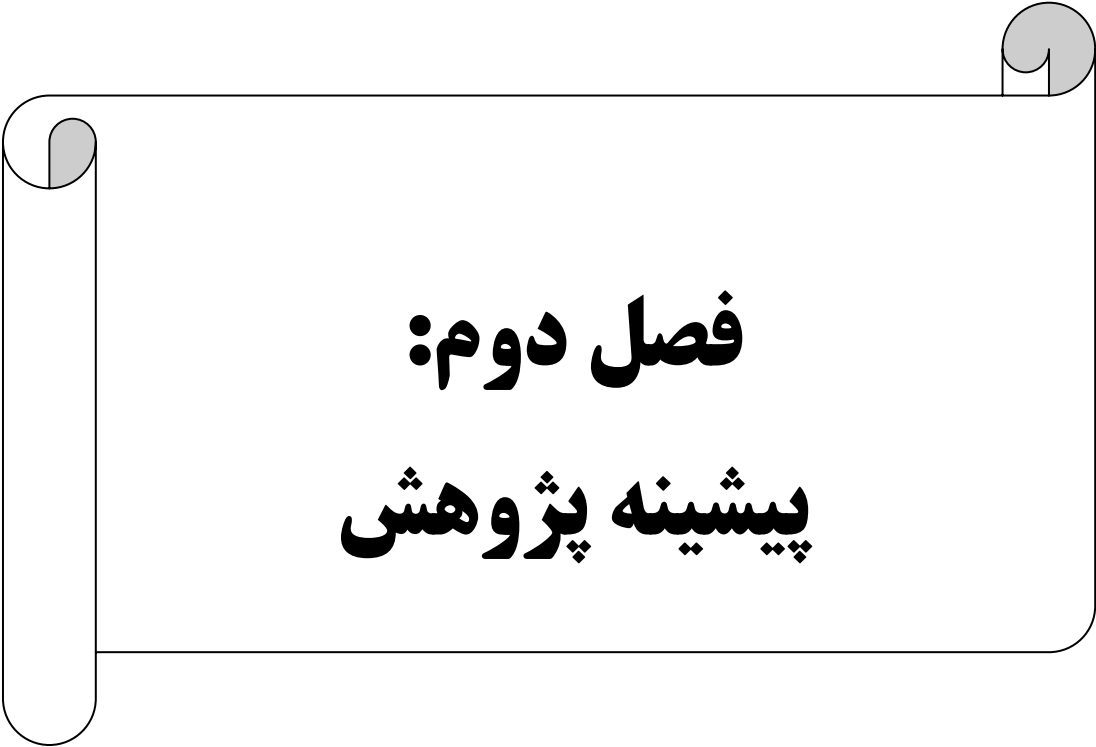
<sup>2</sup> First

<sup>3</sup> Spitzer

<sup>4</sup> Gibbon

<sup>5</sup> Williams

تعریف عملیاتی علایم همراه افسردگی: علایم همراه عبارت است از نمره فرد در پرسشنامه مختصر علایم (BSI). البته در این مورد فقط شاخص‌های شدت علایم و کل علایم مثبت مورد استفاده قرار گرفته است (برای آشنایی با این ابزار به فصل سوم، بخش ابزارهای پژوهش مراجعه کنید).



**فصل دوم:**  
**پیشینه پژوهش**