



خداوند در سوره مبارکه عنکبوت آیه ۴۳ می فرماید؛

« وَ تِلْكَ الْأَمْثَالُ نَضْرِبُهَا لِلنَّاسِ وَمَا يَعْقِلُهَا إِلَّا الْعَالِمُونَ »

مثل‌ها را برای بچگان بیان می‌کنیم، لکن جز عالمان درباره آنها نمی‌اندیشند.

خداوند در سوره مبارکه اعراف آیه ۱۷۶ می فرماید؛

« فَأَقْصُصِ الْقَصَصَ لَعَلَّهُمْ يَتَفَكَّرُونَ »

داستان‌هایی را برای ایشان بگو، شاید تفکر کنند.

امیر المؤمنین علی (ع) می فرماید؛

به راستی که برای شما در زندگی گذشتگان عبرتی هست.

« أَلْعَاقِلُ مَنْ اتَّعَطَّ بِغَيْرِهِ (غررالحکم) »

عاقل کسی است که از حال دیگران پند گیرد.



دانشگاه خوارزمی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
جهت اخذ پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عنوان:

اثر بخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی
تمثیلی در بیماران دچار افسرده‌خویی (افسردگی مزمن)

استاد راهنما:

دکتر محمد حاتمی

استاد مشاور:

دکتر حمیدرضا حسن آبادی

پژوهشگر:

علیرضا احمدیان

شهریور ۱۳۹۱

تعمدنامه اصالت پایان نامه کارشناسی ارشد

این جانب علیرضا احمدیان دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته به شماره دانشجویی ۸۸۱۳۷۴۲۶۰۲ در رشته روان‌شناسی بالینی که در شهریور ۱۳۹۱ شمسی از پایان نامه خود تحت عنوان:

اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی تمثیلی در بیماران دچار افسرده‌خویی (افسردگی مزمن)

- با کسب نمره ۲۰ و درجه عالی دفاع نموده‌ام بدین وسیله متعهد می‌شوم:
- ۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط این جانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و رویه‌های موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست ذکر و درج کرده‌ام.
 - ۲- این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
 - ۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هر گونه بهره‌برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
 - ۴- چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را بپذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با این جانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچ گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: علیرضا احمدیان

تاریخ و امضاء ۱۳۹۱/۶/۲۹



در تاریخ: ۱۳۹۱/۶/۲۹

دانشجوی کارشناسی ارشد آقای علیرضا احمدیان از پایان نامه خود دفاع نموده و با نمره ۲۰ به حروف بیست و

با درجه عالی مورد تصویب قرار گرفت. دکتر محمدحاجی استاد راهنما



مدیر مرکز آموزش



رئیس دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی



استاد راهنما

تقدیم به ؛

- پدر، مادر و خانواده بزرگوارم.
- حضرت آیت‌الله حاج شیخ احمد مجتهدی تهرانی (ره).

همین طور؛

دکتر افسون رحیمیان شاد، مسعود لعلی، پروفیسور جورج برنز.

تقدیر و تشکر از اساتید محترم؛

- دکتر افسون رحیمیان شاد، خانم‌ها مشهدی جعفری و بازرگان مسئولین محترم بهداشت روان و مشاوره مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (ره).
- دکتر سید جلال‌الدین ناصرینا معاونت و دکتر نعمت‌الله محمدی نیا ریاست محترم مراکز بهداشتی درمانی شرق که همواره با در اختیار قرار دادن امکانات و فضای مناسب پژوهش و تجربیات ارزنده بالینی من را در انجام مناسب‌تر این پژوهش یاری نمودند.

چکیده

مقدمه:

یکی از جدیدترین درمان‌های اختلالات مزمن خُلقی طرح‌واره درمانی است و به گفته یانگ (۲۰۰۷) این درمان، مفاهیم پیچیده‌ای برای بیماران دارد و در پژوهش‌های حوزه علوم شناختی نیز لزوم کاربست ابزارهای زبانی ویژه مانند تمثیل برای تجسم مناسب‌تر از مفاهیم گزاره‌ای-انتزاعی تأکید شده است، درمان ترکیبی حاضر از الحاق این دو روش کارآمد با یکدیگر جهت اثربخش‌تر نمودن دستاوردهای این اختلال مزمن اجرا شد.

روش:

در این پژوهش از طرح تجربی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده و ۴۰ نفر از مبتلایان به افسرده‌خویی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تحت مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌ها:

نتایج نشان داد، طرح‌واره درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی تمثیلی-استعاره‌ای، موجب کاهش معنادارتر علائم مزمن افسردگی و نیز طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران شد و به علاوه این نتایج در یک نوبت پیگیری ۲ ماهه دوام داشت.

نتیجه‌گیری:

طرح‌واره درمانی مبتنی بر شیوه آموزشی تمثیلی-استعاره‌ای در طی زمان در مقایسه با طرح‌واره درمانی به کلاسیک در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، کاهش علائم مزمن افسردگی و کنترل میزان عود در بیماران افسرده‌خو موثرتر بوده است.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی کلاسیک، تمثیل، اختلال افسرده‌خویی.

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

فصل اول

طرح مسئله

۲	مقدمه
۴	بیان مسئله
۵	ضرورت و اهمیت مسئله
۱۷	فرضیه‌های پژوهش
۱۸	اهداف
۱۹	تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه تجربی پژوهش

۲۹	مقدمه
۲۹	پیشینه پژوهش
۳۰	توصیف کلی اختلال افسرده‌خویی
۳۰	ملاک‌های تشخیص اختلال افسرده‌خویی در طبقه‌بندی <i>DSM-IV TR</i>
۳۵	همه‌گیر شناسی اختلال افسرده‌خویی
۳۵	سیر بالینی اختلال افسرده‌خویی
۳۶	اختلالات توأم با افسرده‌خویی
۳۸	عوامل تعیین‌کننده در سیر مزمن افسرده‌خویی
۳۸	عوامل رشدی
۳۹	عوامل ویژگی‌های شخصیتی
۴۰	عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی
۴۱	عوامل بیولوژیکی افسرده‌خویی
۴۱	نورواپندوکرینولوژی
۴۱	فیزیولوژی خواب
۴۱	کارکرد نوروترانسمیترها
۴۲	عوامل ژنتیکی
۴۳	عوامل شناختی
۴۳	سبب‌شناسی افسرده‌خویی با تأکید بر نظریه‌های شناختی- رفتاری
۴۳	نظریه افسردگی بک
۴۳	اجزاء سه‌گانه شناختی
۴۵	تحریف‌های شناختی
۴۵	طرح‌واره‌ها
۴۶	مدل شناختی افسردگی مزمن مور و چالش‌های آن در درمان مدل افسردگی مزمن
۵۸	مدل سیستم تحلیل رفتاری شناختی

۶۸	طرح‌واره درمانی
۶۹	تعریف طرح‌واره ناسازگار اولیه
۷۱	ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها
۷۲	انواع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۷۲	تمایز طرح‌واره‌ها از حیث شرطی و غیرشرطی بودن
۷۳	بیولوژی یک طرح‌واره
۷۴	سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار
۷۴	فرآیند درمان در طرح‌واره درمانی
۷۴	استفاده از رویکرد شناختی در طرح‌واره درمانی
۷۶	مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده
۸۱	نظریه جفری یانگ

فصل سوم

روش‌شناسی پژوهش

۹۳	نوع مطالعه
۹۵	روش‌های اجرای پژوهش
۹۵	جامعه و نمونه مورد مطالعه و روش نمونه‌گیری و گروه‌بندی:
۹۷	ملاک‌های ورود
۹۷	ملاک‌های خروج
۱۰۱	ابزارهای پژوهش
۱۰۸	خلاصه مفهوم‌سازی مشکل بیمار در ساختار طرح‌واره درمانی
۱۰۹	مقیاس سنجش میزان بازیابی محتوای درمانی و فعالیت‌های تبادل شده در جلسه گذشته روان‌درمانی
۱۰۹	مشخصات اجرایی پژوهش
۱۱۱	مقایسه اهداف راهبردی تکنیک‌های طرح‌واره درمانی
۱۱۱	روش‌های درمانی
۱۱۱	اهداف راهبردی تکنیک‌های طرح‌واره درمانی به شیوه کلاسیک
۱۲۲	روش‌های آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم

نتایج

۱۲۴	مقدمه
۱۲۵	شرح حال بیماران
۱۲۷	یافته‌های پژوهش
۱۲۸	داده‌های تحلیل فرضیه اول
۱۳۲	داده‌های تحلیل فرضیه دوم
۱۳۵	داده‌های تحلیل فرضیه سوم
۱۳۹	داده‌های تحلیل فرضیه چهارم
۱۴۳	داده‌های تحلیل فرضیه پنجم
۱۴۶	داده‌های تحلیل فرضیه ششم
۱۵۰	داده‌های تحلیل فرضیه هفتم

فصل پنجم

بحث

۱۶۵	مقدمه
۱۶۵	خلاصه طرح پژوهش
۱۶۵	بحث و نتیجه گیری کلی
۱۷۱	توليدات بالینی
۱۷۲	نتیجه گیری کلی
۱۷۳	محدودیت ها
۱۷۳	پیشنهادها

منابع

۱۷۵	منابع فارسی
۱۷۷	منابع انگلیسی

پیوست ها

	*: پیوست الف :
۱۹۷	پرسشنامه طرح واره های ناسازگار اولیه (ویرایش دوم)
	*: پیوست ب :
۲۰۳	مقیاس سنجش میزان بازیابی محتوای درمانی و فعالیت های: تبادل شده در جلسه گذشته روان درمانی
	*: پیوست ج :
۲۰۴	نیم رخ کلی مقیاس سنجش یادآوری محتوای درمانی تبادل شده در جلسه گذشته
	*: پیوست د :
۲۰۴	پرسشنامه سنجش ابعاد رضایتمندی از فرایند روان درمانی و درمانگر
	*: پیوست ه :
۲۰۵	پرسشنامه اضطراب بک
	*: پیوست و :
۲۰۷	پرسشنامه خطاهای شناختی
	*: پیوست ز :
۲۰۸	کارت آموزشی طرح واره درمانی افسرده خویی
	*: پیوست ه :
۲۰۹	نمونه ای از کارت آموزش تکنیک های طرح واره درمانی به شیوه آموزشی نمایی و استعاره ای

فهرست جداول

۲۴	جدول ۱-۱
۲۹	جدول ۱-۲
۴۰	جدول ۱-۳
۴۲	جدول ۲-۱
۴۳	جدول ۲-۲
۴۶	جدول ۲-۳
۴۹	جدول ۲-۴

۵۱	جدول ۲-۶
۵۳	جدول ۲-۷
۵۴	جدول ۲-۸
۷۸	جدول ۲-۹
۸۳	جدول ۲-۱۰
۸۵	جدول ۲-۱۱
۹۸	جدول ۳-۱
۹۹	جدول ۳-۲
۱۰۲	جدول ۳-۳
۱۰۷	جدول ۳-۴
۱۲۴	جدول ۴-۱
۱۲۶	جدول ۴-۲
۱۲۶	جدول ۴-۳
۱۲۶	جدول ۴-۴
۱۲۷	جدول ۴-۵
۱۲۸	جدول ۴-۶
۱۲۹	جدول ۴-۷
۱۲۹	جدول ۴-۸
۱۳۲	جدول ۴-۹
۱۳۳	جدول ۴-۱۰
۱۳۳	جدول ۴-۱۱
۱۳۶	جدول ۴-۱۲
۱۳۶	جدول ۴-۱۳
۱۳۹	جدول ۴-۱۴
۱۴۰	جدول ۴-۱۵
۱۴۰	جدول ۴-۱۶
۱۴۳	جدول ۴-۱۷
۱۴۳	جدول ۴-۱۸
۱۴۳	جدول ۴-۱۹
۱۴۴	جدول ۴-۲۰
۱۴۶	جدول ۴-۲۱
۱۴۷	جدول ۴-۲۲
۱۴۷	جدول ۴-۲۳
۱۵۰	جدول ۴-۲۴
۱۵۱	جدول ۴-۲۵
۱۵۱	جدول ۴-۲۶
۱۵۲	جدول ۴-۲۷

فهرست شکل

۱۵	شکل ۱-۱
۱۷	شکل ۱-۲
۲۳	شکل ۱-۳
۲۶	شکل ۱-۴
۵۵	شکل ۱-۲

۵۸	شکل ۲-۲
۷۰	شکل ۳-۲
۹۳	شکل ۱-۳
۹۵	شکل ۲-۳

فهرست نمودارها

۱۳۰	نمودار ۱-۴
۱۳۴	نمودار ۲-۴
۱۳۷	نمودار ۳-۴
۱۴۱	نمودار ۴-۴
۱۴۸	نمودار ۵-۴
۱۵۳	نمودار ۶-۴

فصل اول

طرح مسأله

۱-۱ مقدمه

اختلال افسرده‌خویی^۱ یک اختلال شایع خلقی است (بارلو^۲، ۲۰۰۱؛ لوپز^۳، مادرز^۴، ازاتی^۵، جامیسون^۶ و مورای^۷، ۲۰۰۶). بر طبق تعریف راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی^۸ افسرده‌خویی اختلال خلقی مزمنی است که شیوع بالایی دارد یعنی حدود ۵ تا ۶ درصد از کل افراد به آن مبتلا هستند (کلاین^۹، شانکمن^{۱۰} و روز^{۱۱}، ۲۰۰۶)، همچنین طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت^{۱۲}، ۱۲۱ میلیون نفر در سراسر دنیا از افسردگی رنج می‌برند و پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آینده دومین بیماری رایج باشد که افراد را گرفتار می‌کند و تقریباً ۱۱ درصد کل بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد (اوستون^{۱۳}، ماتیوس^{۱۴}، چاترجی^{۱۵}، مادرز و مورای، ۲۰۰۴؛ مورفی، جنیفر، جرارد و بایرنه، ۲۰۱۲). گرچه شیوع اختلال افسرده‌خویی در مقایسه با افسردگی اساسی^{۱۶} کمتر است با این حال ۱۹ درصد بیماران افسرده با تشخیص افسرده‌خویی وارد مرحله درمان می‌شوند (کلر^{۱۷} و هانک^{۱۸}، ۱۹۹۵) و حدود ۴۰ درصد از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌پزشکی حالت‌هایی از افسرده‌خویی را نشان می‌دهند (کلارک^{۱۹}، بک^{۲۰}، آلفورد^{۲۱}، ۱۹۹۹) و بیشتر از ۴۷ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پزشکی عمومی از عوارض اختلال افسرده‌خویی رنج می‌برند (تروپی^{۲۲}، کلاین^{۲۳}، ۲۰۰۸، آرنو^{۲۴} و کنستانتینو^{۲۵}، ۲۰۰۳) و حدود ۲۰ درصد افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند نهایتاً تشخیص افسرده‌خویی را دریافت می‌کنند (گیلمر^{۲۶}، تراویدی^{۲۷} و راش^۱، ۲۰۰۵).

1. Dysthymia

2. Barlow

3. Lopez

4. Mathers

5. Ezzati

6. Jamison

7. Murray

8. Diagnostic and statistical manual of Mental disorder

9. Klien

10. Shankman

11. Rose

12. World Health organization

13. Ustun

14. Mateos

15. Chatterji

16. Major depression

17. Keller

18. Hank

19. Clark

20. Beck

21. Alford

22. Tropy

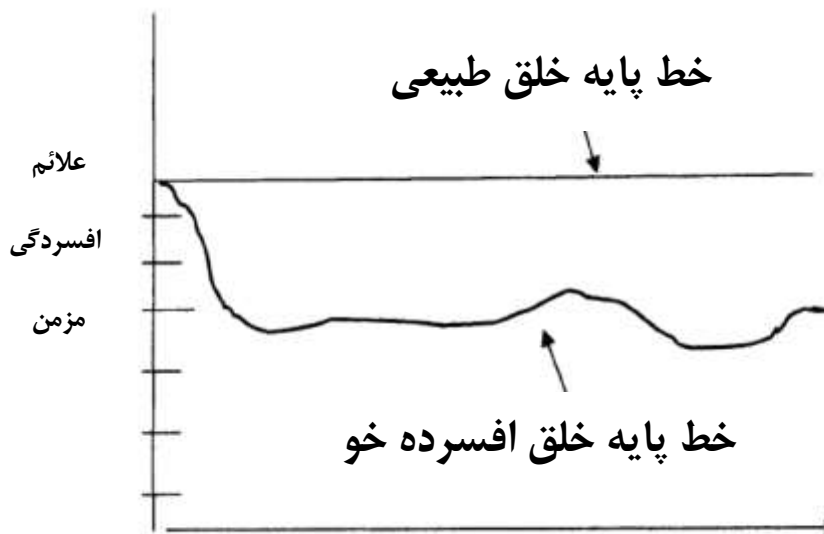
23. Klein

24. Arnow

25. Constantino

26. Gilmer

27. Trivedi



شکل ۱-۱. مقایسه نیمرخ افتراقی اختلال افسرده‌خویی در یک سیمای کلی (استین، کوپفر و شازبرگ، ۲۰۰۶)

لذا به نظر می‌رسد پرداختن به درمان‌های اثربخش برای این اختلال ضروری است (ویشمن^۲، ۲۰۰۸). پژوهشگران و متخصصان بالینی با رویکرد رفتاردرمانی شناختی در تدوین تکنیک‌های اثربخش برای اختلالات محور یک *DSM* مانند اختلالات خلقی، اضطرابی، خوردن، جنسی و... پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشتند. اگرچه بسیاری از بیماران دارای شرایط منطبق با این رویکرد با این شیوه درمان می‌شوند ولی بسیاری از آن‌ها به این نوع درمان‌های صرفاً آموزشی-روانی پاسخ‌های درمانی مناسب و پایداری را نمی‌دهند. زیر پا گذاشتن عناصر و فرض‌های بالینی رویکرد رفتاردرمانی شناختی کلاسیک توسط بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی هم بود مزمن-مانند اختلالات روانی که با صفات و زیربنای شخصیت بیماران همبستگی معنادار دارد- باعث شد که جفری یانگ (۲۰۰۳) رویکرد طرح‌واره درمانی را تدوین کند و بررسی‌های مهمی را در چند عامل اساسی به عنوان نقاط آسیب‌پذیر رفتاردرمانی شناختی که توسط پژوهشگران حوزه‌های بالینی مختلف شناسایی شده بودند، به عنوان پایه‌های انتقادی جدی برای بنیان‌گذاری طرح‌واره درمانی که رویکردی عمیق و جدیدتر از رویکرد رفتاردرمانی شناختی است مورد تاکید قرار دهد (آرتنز، ۲۰۱۰).

¹. Rash

² Wishman

۱-۲ بیان مسئله

از سال ۱۹۵۲ که آیزنک با مقایسه روان‌درمانی‌ها، آن‌ها را به چالش کشید، بحث کارایی^۱ روان‌درمانی به یکی از مباحث عمده روان‌شناسی بالینی تبدیل شد (فیرس^۲ و ترال^۳، ۱۹۹۷). در سال ۱۹۹۵، انجمن روان‌شناسی آمریکا، گروهی را مأمور کرد به بررسی مداخلات روان‌شناختی‌ای پردازند که از پشتوانه تجربی محکمی برخوردارند (چملس و هالن^۴، ۱۹۹۸) اختلال افسرده‌خویی، اختلالی نسبتاً مقاوم به درمان محسوب می‌شود (گوتلیب^۵ و اسکریدلی^۶، ۲۰۰۰، هولند^۷، ۲۰۰۴، کیتنر^۸ و کاردمیل^۹، ۲۰۰۰) و عموماً ۴۰ درصد از مبتلایان به این اختلال مزمن به دارودرمانی‌های معمول در درمان اختلالات خلقی، پاسخ درمانی مناسبی نمی‌دهند (گوتلیب و اسکریدلی، ۲۰۰۰). اصطلاح مقاوم به درمان^{۱۰} به عدم پاسخ درمانی حداقلی به ۱۵۰ میلی‌گرم دوز روزانه ایمی‌پرامین یا معادل این دوز دارودرمانی با داروهایی دیگر اشاره دارد (مور^{۱۱} و گارلند^{۱۲}، ۲۰۰۳). از مهم‌ترین دلایل مقاوم بودن در برابر درمان را می‌توان ماهیت متفاوت اختلال افسرده‌خویی در مقایسه با انواع دیگر افسردگی دانست. خلق افسرده در این اختلال برخلاف افسردگی اساسی زیاد تغییر نمی‌کند و گاهی اوقات ۲۰ تا ۳۰ سال و یا حتی بیشتر طول می‌کشد (سادوک و سادوک^{۱۳}، ۲۰۰۴). متوسط مدت زمان این اختلال در بزرگ‌سالان ۵ سال است (بارلو، ۲۰۰۱). بررسی مطالعات متعدد نشان داده که به جهت ماهیت اختلال، درمان‌های غیر دارویی خصوصاً در حوزه رفتاردرمانی شناختی از دیرباز به عنوان راه‌حلی جهت درمان افسرده‌خویی مقاوم به درمان به کار گرفته شده‌اند اما اثربخشی شناخت درمانی کلاسیک و یا مدل مور برای درمان مبتلایان به افسرده‌خویی و افسردگی‌های مزمن با اثرات مثبت درمانی اندکی همراه بوده است (اسکات^{۱۴}، ۱۹۹۸؛ آرکیسکال^{۱۵} و فاوا^{۱۶}، ۲۰۰۴). طبق تقسیم بندی مک کالوف^{۱۷} (۲۰۰۰)، مور و گارلند (۲۰۰۳)، ویشمن^{۱۸} (۲۰۰۸) و شرام^۱ (۲۰۰۸) افسردگی‌های مزمن در ۴ دسته کلی قرار می‌گیرند:

¹.Efficacy

². Phares

³.Trull

⁴. Hollon

⁵.Gotlib

⁶.Skreably

⁷. Howland

⁸.Keitner

⁹.Cardimil

¹⁰.treatmentresistant

¹¹.Moore

¹².Garland

¹³. Sadock

¹⁴.Scott

¹⁵. Arkisla

¹⁶.Fave

¹⁷.MC cullough

¹⁸. Wishman

۱- دوره افسردگی اساسی، که در بهبودی نسبی قرار دارد.

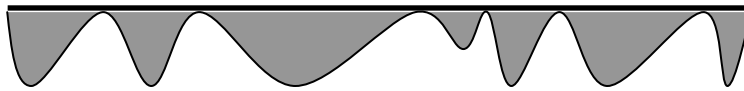
۲- اختلال افسردگی اساسی، بدون بهبودی بین دوره‌ها.

۳- اختلال افسرده‌خویی به طور خالص.

۴- اختلال افسرده‌خویی و افسردگی اساسی (افسردگی مضاعف) به طور توأم.



اختلال افسردگی اساسی، دوره فعلی



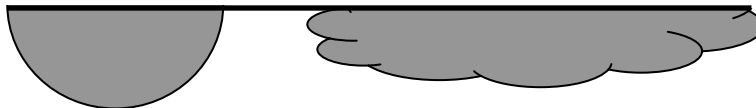
اختلال افسرده‌خویی



اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی



اختلال افسردگی اساسی که به اختلال افسرده‌خویی اضافه شده است (افسردگی مضاعف)



اختلال افسرده‌خویی؛ اختلال افسردگی اساسی گذشته

شکل ۱-۲. مقایسه نیم‌رخ افتراقی انواع اختلالات خلقی در یک سیمای کلی (مور، ۲۰۰۳)

¹. Schramm

بررسی پژوهش‌های مداخله‌ای نشانگر آن است که درمان‌های روان‌شناختی متداول مثل شناخت درمانی کلاسیک بک، درمان بین فردی (کلرمن^۱ و وایزمن^۲، ۱۹۸۴)، حل مسئله محور (والیس^۳، ۱۹۹۵) در درمان مبتلایان به اختلال افسرده‌خویی با نتایج درمانی معناداری همراه نبوده‌اند (گنزالس^۴، لوینسون^۵، کلارک^۶، ۱۹۸۵؛ فنل^۷ و تیزدل^۸، ۱۹۸۲؛ هارپین^۹، لیبرمن^{۱۰}، مارکس^{۱۱}، استرن^{۱۲}، بوهانون^{۱۳}، ۱۹۹۲؛ آرکیسکال و کاسانو، ۱۹۹۷، آلپرت^{۱۴} و فاوا، ۲۰۰۴؛ دملو^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۵؛ مک کالوف^{۱۶}، تروستینسون^{۱۷} و اسپوت^{۱۸}، ۲۰۰۷). اسکات (۱۹۹۸) ۱۲ بیمار افسرده‌خو را طی ۲۰ جلسه تحت شناخت درمانی قرارداد و در پایان مشخص شد فقط ۴ نفر از آن‌ها بهبود یافته‌اند (۳۳ درصد بهبودی). همچنین یانگ^{۱۹}، وین برگر^{۲۰} و بک^{۲۱} (۲۰۰۱) در یک مرور تحقیقی گزارش کردند که رفتاردرمانی شناختی در افسردگی با میزان موفقیتی بالاتر از ۲۰ درصد بلافاصله پس از درمان همراه است ولی میزان عود اختلال^{۲۲} پس از گذشت یک سال حدود ۳۰ درصد است و به علاوه تعداد قابل توجهی از بیماران نیز از رفتاردرمانی شناختی نتیجه نمی‌گیرند. علاوه بر این شیوع بالاتر اختلال شخصیت در مبتلایان به افسرده‌خویی (پیر و همکاران^{۲۳}، ۱۹۹۵؛ ریسو و همکاران^{۲۴}، ۱۹۹۶)، پیوستگی والدینی ضعیف‌تر (لیزاردی و همکاران^{۲۵}، ۱۹۹۵)، دل‌بستگی ناایمن بیشتر (فوناگی و همکاران^{۲۶}، ۱۹۹۶)، عوامل رشدی اولیه (مور و گارلند، ۲۰۰۳) و تعداد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیشتر در مبتلایان به افسرده‌خویی در مقایسه با مبتلایان به افسردگی اساسی (ریسو و همکاران، ۲۰۰۳) را بایستی مد نظر و توجه قرارداد.

به هر حال، یافتن درمان‌های مؤثر برای اختلالات روان‌شناختی از دیرباز مورد توجه و بحث بوده است. پس از پیشنهاد آیزنگ در سال ۱۹۵۲ در مورد جمع‌آوری یافته‌های تحقیقی برای تأثیر روان‌درمانی و مطالعات سازمان‌یافته و کنترل شده گلدر^{۲۷} در دهه ۱۹۶۰ در مورد تأثیرگذاری روان‌درمانی، و ادامه کارهای گلدر توسط

-
1. Klerman
 2. Weissman
 3. Valice
 4. Gonzales
 5. Lewinson
 6. Clark
 7. Fenel
 8. Teasdale
 9. Harpine
 10. Liberman
 11. Marks
 12. Stern
 13. Bohannon
 14. Alpert
 15. Demelo
 16. Malouff
 17. Throrsteinsoon
 18. Schutte
 19. Young
 20. Weinberger
 21. Beck
 22. relapse
 23. Peper
 24. Riso
 25. Lizardi
 26. Fonagi
 27. Gogder

همکارانش مارکس^۱ و مایر^۲ تا اوایل دهه ۱۹۹۰، انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ (APA) در سال ۱۹۹۵ با ایجاد گروه ویژه در بخش روان‌شناسی بالینی درمان‌های با پشتوانه تجربی (EST) را بنیان گذاشت. هدف از این کار شناسایی درمان‌های مؤثر برای اختلالات خاص و ارائه پیشنهاد جهت فراگیر نمودن و رسیدن به درمان موفق بیماران با درمان‌های به‌روز بود. نتایج این پژوهش‌ها نشان دادند که گرچه رفتاردرمانی و درمان روان تحلیلی کوتاه مدت از جمله درمان‌های کلاسیک تثبیت‌شده در افسردگی اساسی هستند اما علیرغم شیوع بالای اختلال افسرده‌خویی و فراوانی بیماران افسرده‌خو نیازمند درمان، مطالعات کنترل شده و چندان دقیقی در مورد کار آبی درمان‌های دارویی و غیر دارویی تا سال ۱۹۹۴ انجام نشده است (مارکوویتز^۴، ۱۹۹۴؛ به نقل از حسینی فرد، دولت‌شاهی، محمدخانی و دادخواه، ۱۳۹۰). بعد از این تاریخ تحقیقاتی کنترل شده دقیقی در زمینه دارودرمانی افسرده‌خویی (کاسیس^۵ و همکاران، ۱۹۹۷؛ جود و همکاران، ۱۹۹۸) و روان‌درمانی و درمان ترکیبی روان‌درمانی و دارودرمانی (گافان^۶، ساسیس^۷، کمپویلر^۸، ۱۹۹۵؛ گلوگوئن^۹ و همکاران، ۱۹۹۸؛ مارکوویتز و همکاران، ۱۹۹۸؛ فیجودملو^{۱۰}، میچکوویسک^{۱۱} و متزس^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ برونه^{۱۳}، استینر^{۱۴} و روبرت^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ مارکوویتز، کاسیس، بلبرگ^{۱۶}، ساکس^{۱۷} و کریستوس^{۱۸}، ۲۰۰۵؛ دیمت^{۱۹}، دکر^{۲۰}، اسکوروز^{۲۱} و دی جونگ^{۲۲}، ۲۰۰۶؛ ایمل^{۲۳}، مالتزر^{۲۴}، مک‌کی^{۲۵} و ومپلد^{۲۶}، ۲۰۰۸؛ احمدیان و همکاران، ۲۰۱۳) انجام شد که نتایج از اثربخش بودن درمان دارویی و روان‌درمانی (رفتاردرمانی شناختی، روابط بین فردی، حل مسئله محور) تا برتری اندک روان‌درمانی بر دارودرمانی و بالعکس و برتری درمان ترکیبی متغیر بوده است اما همگی مطالعات فوق بر مقاوم به درمان^{۲۷} بودن علائم مبتلایان به افسرده‌خویی در مقایسه با افسرده‌های غیر مزمن تأکید کرده‌اند و مارکوویتز (۱۹۹۸) بیان

¹. Mark

². Mayer

³ American Psychiatry Association (APA)

⁴. Markowitz

⁵. Kocsis

⁶. Gaffan

⁷. Saousis

⁸. Kempweeler

⁹. Gloaguen

¹⁰. Feijo demello

¹¹. Myczcowisk

¹². Menezes

¹³. Browne

¹⁴. Steiner

¹⁵. Roberts

¹⁶. Bleiberg

¹⁷. Sacks

¹⁸. Christos

¹⁹. Demaat

²⁰. Dekker

²¹. Schoevers

²². Dejonghe

²³. Imel

²⁴. Maltzer

²⁵. Mckay

²⁶. Wampold

²⁷. treatmentresistant

می‌کند که کار با افراد افسرده خو بسیار سخت‌تر از درمان افراد مبتلا به افسردگی اساسی است. از این رو جستجو برای یافتن ماهیت مزمن و تعیین‌کننده‌های اختصاصی اختلال افسرده‌خویی با جدیت آغاز شد. ریسو و همکاران (۲۰۰۳) در یک مطالعه مروری به بررسی تعیین‌کننده‌های مهم افسردگی مزمن و افسرده‌خویی پرداخته و روابط نامناسب دوران کودکی با والدین را دارای بیش‌ترین رابطه با شکل‌گیری و رشد افسرده‌خویی در مقایسه با افسردگی حاد ذکر کرده است، او همچنین تأکید دارد در افسردگی مزمن باورهای منفی ریشه‌ای درباره خود و دیگران بسیار حائز اهمیت‌اند و انتظارات و باورهای غیرقابل انعطاف درونی شده به توانایی افراد برای هدف‌گزینی و دستیابی به آن و خودتنظیمی آسیب وارد می‌کند. در واقع ریسو و همکارانش (۲۰۰۷) جنبه‌های شناختی اختلال افسرده‌خویی را به عنوان یکی از عوامل مهم سیر مزمن می‌دانند و درمان طرح‌واره محور را پیشنهاد می‌کنند. به علاوه فرانسس^۱ و همکاران (۱۹۹۹) مکانیزم رابطه بین روابط نامناسب دوران کودکی با اختلال افسرده‌خویی را از دو طریق می‌داند:

۱. به واسطه اثرات مستقیم و غیرمستقیم رابطه نامناسب با والدین در دوران کودکی بر بازنمایی‌های دل‌بستگی و در نتیجه ایجاد مشکلات بین فردی در جوانی و بزرگسالی.

۲. به واسطه اثر مستقیم بر تغییرات پاسخ‌دهی به استرس سیستم اعصاب مرکزی.

این مسئله در چند مطالعه دیگر نیز تأیید شده است، لیزاردی و همکاران (۱۹۹۵) با مقایسه بیماران افسرده خو با بیماران افسرده اساسی غیر مزمن نشان داد که بیماران افسرده خو به طور معناداری در مقایسه با بیماران افسرده غیر مزمن روابط اولیه ضعیفی با والدینشان داشته‌اند و مراقبت و محبت کمتری دریافت کرده‌اند. علاوه بر این دوربین^۲، کلاین و اسکوارتز^۳ (۲۰۰۰) در پیگیری دو ساله بیماران افسرده خو به ارتباط محیط نامناسب اولیه کودک و ارتباط والدینی ضعیف به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده در میزان بهبودی اندک اشاره کرده است. بنابراین می‌توان گفت آنچه که در سابقه بیماران افسرده خو به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های مزمن بودن اختلال نقش مهم دارد در شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هم دخیل است (حسینی فرد، دولت‌شاهی، محمدخانی و دادخواه، ۱۳۹۰)، همان طوری که یانگ، کلاسکو^۴ و ویشار^۵ (۲۰۰۳) بیان می‌کنند طرح‌واره ناسازگار اولیه هنگامی رشد می‌کند که نیازهای اساسی روان‌شناختی کودک مثل دل‌بستگی ایمن، آزادی برای بیان هیجانات و خودانگیختگی با مانع روبرو می‌شوند. طرح‌واره ناسازگار اولیه بر عمیق‌ترین سطح شناخت و معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کند و از لحاظ روان‌شناختی فرد را به رشد افسردگی مزمن، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان‌تنی آسیب‌پذیر می‌نماید (یانگ، ۱۹۹۹). زمانی که یک طرح‌واره ناسازگار اولیه فعال می‌شود شخص با یکی از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مثل جبران، اجتناب و تسلیم به آن پاسخ می‌دهد که منجر به ماندگاری بیشتر طرح‌واره ناسازگار اولیه می‌گردد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بعضی از محققین از جمله تیم^۶ (۲۰۱۰) معتقدند که طرح‌واره ناسازگار اولیه بعد از شکل‌گیری بمانند صفت (رگه شخصیتی) در همه زمان‌ها عمل می‌کند. اخیراً ریسو و همکارانش (۲۰۰۷) پس از بررسی بیماران افسرده خو بهبودیافته با روش دارودرمانی و درمان شناختی گزارش کرده‌اند که علیرغم کاهش نسبی علائم بیماران،

¹. Francice

². Durbin

³. Schwartz

⁴. Klosko

⁵. Weishaar

⁶. Thimm

طرح‌واره‌های ناسازگار آن‌ها همچنان ثابت مانده است که این مسئله می‌تواند یکی از دلایل مقاوم به درمان بودن و سیر مزمن اختلال افسرده‌خویی باشد. به علاوه ارتباط قوی بین بعضی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اختلال افسرده‌خویی گزارش شده است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به طرح‌واره محرومیت هیجانی، خویش‌ن‌داری ضعیف اشاره کرد (استوپا^۱ و واترز^۲، ۲۰۰۵؛ ریسو و همکاران، ۲۰۰۷؛ آبلآ^۳، ارباچ^۴، سارین^۵ و لاکداوا^۶، ۲۰۰۹).

از دیگر عوامل اصلی آسیب‌پذیری افراد افسرده‌خو، عزت نفس و خود کارآمدی پایین است. عزت نفس پایین، ناامیدی و اجتناب اجتماعی از جمله مهم‌ترین علائم مبتلایان به افسرده‌خویی است که در مطالعات متعدد به آن اشاره شده است (ارنو و کنستانتینو، ۲۰۰۳؛ کلاین، شانکمن و روز، ۲۰۰۶)، از این رو فرانک^۷ و دیرایت^۸ (۲۰۰۷) مطرح کرده‌اند گرچه عزت نفس و خود کارآمدی در اکثر اختلالات هیجانی کاهش می‌یابد اما در افسرده‌خویی در مقایسه با سایر اختلالات هسته اصلی اختلال محسوب می‌شود و به عنوان زیرمجموعه‌ای از طرح‌واره‌های ناسازگار نگریسته می‌شود که پردازش اطلاعات و رفتار را هدایت می‌کند. بنابراین می‌توان از طریق شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار غالب در افراد افسرده‌خو به کاهش علائم و بهبود آن‌ها کمک نمود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۷). در راستای چنین نتایجی یانگ و همکاران (۲۰۰۳)^۹ و ویشمن (۲۰۰۸) و دابسون^{۱۰} (۲۰۱۰) مطرح کردند که بسیاری از مفروضه‌های درمان‌های متداول در حوزه رفتاردرمانی شناختی با ویژگی‌های اختلال مزمن چون افسرده‌خویی سازگار نیست. یانگ (۲۰۰۷) به طور مفصل این مفروضه‌ها را بیان کرده است، یکی از این مفروضه‌ها این است که بیماران از دستورالعمل‌های درمانی تبعیت می‌کنند و انگیزه کافی جهت کاهش علائم، مهارت‌آموزی و حل مشکلات را دارند و بنابراین می‌توانند با کمی ترغیب و تقویت مثبت، روش‌های درمانی را انجام دهند درحالی‌که در مشکلات مزمن مثل افسرده‌خویی تردید، دودلی و طفره مانع کمک بیماران به وضعیت خودشان می‌گردد. از مفروضه‌های دیگر این است که بیماران با اندکی آموزش می‌توانند شناختواره و هیجان‌اتشان را مشاهده و ثبت نمایند درحالی‌که بسیاری از افراد مبتلا به افسرده‌خویی درگیر اجتناب‌های شناختی و هیجانی هستند و این کار را با مشکل مواجه می‌کند زیرا بیماران اجتناب می‌کنند تا هیجان‌ات منفی را تجربه نکنند. همچنین مرور مطالعات تحقیقی جهت یافتن گمانه‌ها برای مقاوم بودن اختلال افسرده‌خویی به درمان حاوی نکات جالبی است. مک کالوف (۲۰۰۰) اشاره می‌کند که افراد مبتلا به افسرده‌خویی برای برقراری ارتباط با درمانگر، گرمی و داشتن انگیزه در جلسات مشکل دارند و پیشنهاد می‌کند که آن‌ها تجربه انسان بودن و از موضع مساوی بودن را می‌طلبند و همزمان درمانگرشان بایستی باثبات، قابل اعتماد، منعطف و پیگیر ساختار و فرآیند درمان باشد و در مواجهه با ناامیدی، درماندگی، عزت نفس و خود کارآمدی پایین و منفی‌گرایی مبتلایان به افسرده‌خویی در کل دوره درمان بایستی فعال و پویا باقی

¹. Stopa

². Waters

³. Abella

⁴. Auerbach

⁵. Sarin

⁶. Lakdawalla

⁷. Frank

⁸. DeReait

⁹. Young

¹⁰. Dabson

بمانند. در بررسی مطالعات یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به این مطلب برمی‌خوریم که رویکرد طرح‌واره درمانی در مقایسه با درمان‌های متداول بسیار دلسوزانه‌تر^۱ و انسانی‌آست، در واقع طرح‌واره درمانی به جای آنکه اختلالات روان‌شناختی را پدیده‌ای غیرعادی بنگرد آن‌ها را طبیعی جلوه می‌دهد. هر فردی طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌هایی دارد که این موارد در بیماری که برای درمان مراجعه می‌کنند حالت افراطی و انعطاف‌ناپذیری به خود گرفته است. چنین رویکردی درمانگران را قادر می‌سازد در عین حفظ اتحاد درمانی، بیماران را با رفتارهای ناسازگارشان رویارو سازند و مانع مشکل در رابطه درمانی و کمبود انگیزه شده و موضع بیمارانگاری را ترمیم نمایند (یانگ، ۲۰۰۷).

نکته مهم دیگری که در رفتاردرمانی شناختی کمتر به آن توجه شده است، بحث نحوه چگونگی فرایند تغییر است. رفتاردرمانی شناختی در قالب سطوح شناختواره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند، مثلاً در درمان افسرده‌خویی از سطح ناامیدی شروع می‌کند و سپس به مؤلفه‌های زیربنایی و در نهایت، طرح‌واره‌ها پرداخته می‌شود (لیهی^۳، ۲۰۰۰) اما در طرح‌واره درمانی این روند به طور منطقی برعکس دنبال می‌شود. در فرآیند طرح‌واره درمانی، مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناختواره می‌روند. به عبارتی در رویکرد طرح‌واره درمانی روش پایین به بالا عمل می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این تغییر رویکرد می‌تواند در پاسخ‌دهی به درمان تأثیرگذار باشد (دابسون، ۲۰۱۰). اخیراً دابسون (۲۰۱۰) درمان‌های تلفیقی و به طور خاص شیوه طرح‌واره درمانی را در درمان اختلالات مزمن روان‌شناختی مثل اضطراب، افسرده‌خویی و اختلالات شخصیت به دلیل پوشش دادن نکات ضعف رفتاردرمانی شناختی مورد تأکید فراوان قرار داده است. در مجموع از بیان مسئله می‌توان چنین نتیجه گرفت که به‌کارگیری درمان‌های رایج در حوزه رفتاردرمانی شناختی در درمان افسرده‌خویی (افسردگی مزمن) با موفقیت اندکی و بسیار برگشت‌پذیری همراه بوده است و پرداختن به علائم و نشانه‌هایی چون ناامیدی، خود کارآمدی، عزت نفس و سایر ویژگی‌های افراد افسرده‌خویی چنانچه در رویکردهای معمول رایج است نتوانسته چندان راهگشا باشد بلکه پرداختن به سطوح عمیق‌تر و لایه‌های علیتی به عنوان متغیر میانجی بتواند به کاهش علائم اختلال افسرده‌خویی و بهبود آن‌ها یاری رساند (مورفی، جنیفر، جرارد و بایرنه، ۲۰۱۲).

بنابراین به نظر می‌رسد در بروز و تداوم اختلال افسرده‌خویی وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی داشته و عدم توجه بالینی ویژه به آن‌ها در درمان این تیپ از افسردگی می‌تواند به پیامد درمانی ضعیفی منجر گردد و با توجه به اینکه در سایر رویکردها به عوامل تداوم بخش بیشتر بهاداده می‌شود تا عوامل زمینه‌ای که در طرح‌واره درمانی اختلالات مزمن در نظر است، بنابراین مدل طرح‌واره درمانی یانگ می‌تواند انتخاب درمانی^۴ مناسبی جهت مبتلایان به افسرده‌خویی باشد (ریسو و همکاران، ۲۰۰۷؛ آبالا و همکاران، ۲۰۰۹، کوپچرز^۵ و همکاران، ۲۰۱۰؛ هوزل^۶، هارتر^۷، ریز^۸ و کریستون^۹، ۲۰۱۱؛ هیلمن^۱، کهو^۲ و یانگ^۳، ۲۰۱۱). این

¹. *Compassionate*

². *Humane*

³. *Leahy*

⁴. *Tailoring therapeutic strategies*

⁵. *Cuijpers*

⁶. *Holzel*

⁷. *Harter*

⁸. *Reese*

⁹. *Kriston*