

اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱/۲۲

شیمای شکیبا**، پروانه محمدخانی**، عباس پورشهباز**، نهاله مشتاق بیدختی***

چکیده

مقدمه: همبودی اختلال‌های شخصیت معمولاً با افزایش خطر عود، مزمن شدن و کاهش اثربخشی درمان در بیماران افسرده همراه است. این مطالعه به بررسی اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C پرداخت.

روش: ۶ آزمودنی که واجد ملاک‌های ورود و خروج بودند با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در یک طرح آزمایشی تک آزمودنی، از نوع A/B با پیگیری قرار داده شدند. هر آزمودنی پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه روابط بین فردی را هر هفته در ۳ جلسه خط پایه، ۱۵ جلسه درمان و ۳ جلسه پیگیری تکمیل کرد. برای تحلیل داده‌ها از بازیابی دیداری نمودارها، ضریب اندازه اثر کوهن برای معناداری آماری و درصد بهبودی برای معناداری بالینی استفاده شد.

یافته‌ها: آزمودنیها در مجموع به ۵۵ درصد بهبودی در کاهش شدت افسردگی با اندازه اثر ۱/۹۲ و ۴۲ درصد بهبودی در مشکلات بین فردی با اندازه اثر ۲/۰۶ رسیدند که در مرحله پیگیری هم ادامه داشتند.

نتیجه‌گیری: اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C از معناداری آماری و بالینی نسبتاً خوب برخوردار بود.

واژه‌های کلیدی: روابط موضوعی، افسردگی، مشکلات بین فردی، روان درمانی کوتاه مدت، اختلال‌های شخصیت خوشه C

shimashakibash@yahoo.com

parmohamir@yahoo.com

apourshahbaz@yahoo.com

nahale.moshtagh@gmail.com

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

** استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

*** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

**** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

همبودی^۱ اختلال‌های شخصیت یکی از دلایلی است که به منظور تبیین میزان بالای شیوع افسردگی در طول عمر، در دهه اخیر پژوهش‌های بسیاری را به خود اختصاص داده است [۱]. تقریباً ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران سرپایی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، واجد تشخیص اختلال شخصیت همبود هستند [۲]. نیوتن-هاوز^۲ و همکاران [۳] در پژوهشی با هدف فراتحلیل پیامد درمانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با و بدون همبودی اختلال‌های شخصیت در بین پژوهش‌های واجد ملاک‌های ورود در سال‌های ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۴ به این نتیجه رسیدند که احتمال همبودی اختلال‌های شخصیت در بیماران افسرده‌ای که پاسخ کمتری به درمان می‌دادند، دو بار بیشتر از بیماران افسرده‌ای بود که همبودی اختلال شخصیت نداشتند. همچنین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت، افت بسیار معنادارتری در عملکرد اجتماعی، روابط بین فردی و کاهش سلامت عمومی [۴]، و نیز شکایت بیشتری از نشانگان گذرا، بهبود کندتر، نیاز به خدمات روان‌شناختی و مراجعه به روان‌پزشک در یک سال پیگیری درمان گزارش می‌دهند [۵]. بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳، سه خوشه اختلال‌های شخصیت عبارتند از:

۱) اختلال‌های شخصیت خوشه A که عجیب و نامتعارف به نظر می‌رسند (اختلال‌های شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتیپال)
 ۲) اختلال‌های شخصیت خوشه B که دراماتیک و ناپایدار به نظر می‌رسند (اختلال‌های شخصیت نمایشی، خود شیفته، ضد اجتماعی و مرزی)
 ۳) اختلال‌های شخصیت خوشه C که ویژگی‌های اضطرابی دارند (اختلال‌های شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواس-جبری و پرخاشگر-منفعل) [۶].
 اختلال‌های شخصیتی که داخل یک خوشه قرار دارند، بیشتر به یکدیگر شبیه هستند [۷]. علاوه بر این، خوشه‌های اختلال‌های شخصیت نقش اختصاصی در روند

افسردگی ایفا می‌کنند. نتایج یک پژوهش نشان داد که در حالیکه اختلال‌های شخصیت خوشه B شدت و دوره افسردگی را پیش بینی می‌کنند، اختلال‌های شخصیت خوشه C نقش بیشتری در مزمن شدن دوره‌های افسردگی دارند [۸]. اختلال‌های شخصیت خوشه C با شیوع تقریباً ۱۰/۲ درصد در جمعیت عمومی و بیش از یک نفر از هر دو نفر در جمعیت بالینی سرپایی، شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت هستند [۹]. در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نیز، اختلال‌های شخصیت خوشه C شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت هستند [۱۰]. پژوهش‌های اندک موجود حاکی از این بودند که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی فاقد اختلال شخصیت، افسردگی شدیدتری داشتند و پاسخ کمتری به درمان می‌دادند [۱۱]. در پژوهشی، ۴۷ درصد از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C در مقابل تنها ۱۸ درصد از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی فاقد اختلال شخصیت، پس از ۲۴ ماه پیگیری، واجد ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی بودند. این مسأله احتمالاً به دلیل تداوم پویایی‌های ناشی از ویژگی‌های اختلال‌های شخصیت خوشه C بود [۱۲]. به این ترتیب اختلال‌های شخصیت خوشه C در مقابل کاهش شدت افسردگی مقاومت می‌کنند و در صورت عدم توجه به آنها در درمان اختلال افسردگی اساسی باعث عود، وقوع مجدد یا مزمن شدن افسردگی می‌شوند که هزینه‌های بسیاری را برای بیمار و جامعه رقم می‌زنند [۱۰]. از نیمه دوم قرن بیستم انواع متفاوتی از روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت توسط مالان^۴ (۱۹۶۳)، مان^۵ (۱۹۷۳)، سیفنیوز^۶ (۱۹۷۹)، دوانلو^۷ (۱۹۸۰)، استراپ^۸ و بایندر^۹ (۱۹۸۴)، پولاک^{۱۰} و هورنر^{۱۱} (۱۹۸۵)، دی جونگ^{۱۲} (۱۹۹۴) و استادتر^۱ (۱۹۹۶) تدوین شده است [به

4 - Malan
 5- Mann
 6 - Sifneos
 7- Davanloo
 8- Strupp
 9- Binder
 10- Pollack
 11- Horner
 12- De Jonghe

1- comorbidity
 2- Newton- Howes
 3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV)

[به نقل از ۱۳]. روان درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت، مفاهیم مشترک نظریه‌های روان تحلیلی از قبیل نظریه سابق^۲، روان‌شناسی من^۳، روان‌شناسی روابط موضوعی^۴، نظریه دلبستگی^۵ و روان‌شناسی خود را مورد استفاده قرار می‌دهند [۱۴]. رویکردهای روان تحلیلی بر این عقیده هستند که ساختارهای زیربنایی شخصیت، نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم نشانه‌ها و اختلال‌های روانی از قبیل افسردگی ایفا می‌کنند و به منظور درمان نشانگان، روی روابط بین فردی و احساسات ناخودآگاه، امیال، خواسته‌ها و غرایز سرکوب شده و نقش ساختارهای شخصیت در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی تمرکز می‌کنند [۱۵]. به این ترتیب به دلیل تمرکز دوگانه این درمان‌ها، تغییرات شخصیتی ناشی از افزایش بینش، احتمال عود علائم را کاهش داده و باعث صرفه‌جویی هزینه‌های درمانی می‌شود [۱۶]. اصطلاح «موضوع» هم به یک شخصی واقعی در دنیای بیرونی و هم به تصویر درونی شده آن فرد اشاره دارد که یا در روابط بین فردی شخص وجود دارد یا تصاویری است که از تجارب پیشین فرد درونی شده است [۱۵]. نظریه روابط موضوعی معتقد است که تعارض‌های ارتباطی اولیه با موضوع، همراه با خلق حاکم بر این رابطه، درونی شده و بعدها در ارتباط با افراد جدید تکرار می‌شوند. از این دیدگاه افسردگی نشانه‌ای است که به تعارض‌های ارتباطی اشاره می‌کند، که در روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی ضمن بررسی روابط بیمار و تکرار این تعارض‌ها در فضای انتقال، به خود آگاهی رسانده می‌شوند [۱۳]. این فرآیند منجر به کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی شده و با تغییراتی که به دلیل افزایش بینش در شخصیت ایجاد می‌کند احتمال عود را کمتر می‌کند [۱۵]. به نظر می‌رسد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C ویژگی‌های شخصیتی، باعث تکرار رابطه‌های افسرده کننده در روابط فعلی می‌شود. با وجود جدید بودن پژوهش‌های روان درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت، برخی پژوهش‌ها

نشان داده‌اند که روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی در کاهش شدت افسردگی [۱۵] و مشکلات بین فردی [۱۶] اثربخش است. علاوه بر این، در یک فراتحلیل جدید روان درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت نسبت به درمان‌های شناختی‌تر اثربخشی بیشتری در کاهش شدت افسردگی داشتند [۱۷]. عباس^۶ [۱۸] نیز در فراتحلیل دیگری گزارش داد که روان درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت از جمله روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی در درمان نشانگان روان‌پزشکی از اثربخشی لازم برخوردار بوده و از دارو درمانی به تنهایی مؤثرتر است. بنابر الگوی شیوع ۱/۵ تا ۳ برابر افسردگی در زنان نسبت به مردان در جمعیت‌های بستری و سرپایی، جمعیت عمومی، کشورها و فرهنگ‌های مختلف و نیز پژوهش‌هایی که با ابزارها و روش‌های پژوهشی متفاوت انجام شده است [۱۹]، نمونه مطالعه حاضر را زنان تشکیل دادند. در مجموع با توجه به این که پژوهشی گزارش نشده که اثربخشی روان درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت از جمله روابط موضوعی را همزمان بر اختلال افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت مورد بررسی قرار دهد، پژوهش حاضر به این مسأله پرداخت که اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی را در کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، علیرغم همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C مورد بررسی قرار دهد.

روش

طرح پژوهش: طرح کلی مطالعه حاضر، طرح آزمایشی تک آزمودنی^۷، از نوع A/B با پیگیری بود. در مرحله A یا خط پایه، تعدادی از آماج‌های درمانی (شدت افسردگی و مشکلات روابط بین فردی) در طول زمان اندازه‌گیری شدند تا خط پایه‌هایی که مبنای مقایسه را تشکیل می‌دادند، فراهم شوند. در ادامه، در مرحله B متغیر آزمایشی - مداخله درمانی - اجرا شد که در مرحله پیگیری، حذف شد. آماج‌های درمان در این دو مرحله نیز مورد اندازه‌گیری مکرر قرار گرفتند. اثربخشی مداخله بر اساس مقایسه روند پاسخ‌های هر آزمودنی در مراحل خط پایه با درمان، و تداوم پاسخ‌ها در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از

- 1- Stadter
- 2- drive theory
- 3- ego psychology
- 4- object relations
- 5- attachment theory

- 6- Abbass
- 7- single subject design

حاضر یا گذشته.

ابزار:

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه عبارت بودند از:

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های DSM-IV- نسخه بالین گر، (SCID-CV): این مصاحبه به گونه‌ای انعطاف پذیر انجام می‌شود و توسط فرست^۲، اسپتیزر^۴، گیبون^۵ و ویلیامز^۶ تهیه شده است. تران^۷ و هاگا^۸ [به نقل از ۲۱] از ضریب پایایی ۰/۶ را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها گزارش کرده‌اند. شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران [۲۲] پس از ترجمه این مصاحبه به فارسی آن را روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (اعتبار بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی نیز خوب گزارش شد (کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد). نتایج پژوهش آنها نشان داد که اعتبار قابل قبول نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختار یافته و قابلیت اجرای مطلوب آن، می‌تواند اطمینان کاربرد آن را به پژوهشگران و متخصصان بالینی بدهد.

۲- پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم^۹: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی در جمعیت بهنجار بیماران تدوین شده است. ضریب همسانی درونی این نسخه ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶، ضریب آلفا برای بیماران ۰/۸۶ و برای غیر بیماران ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۳]. فتی نیز ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه سازی را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش داده است. پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ سؤال با نمره گذاری ۰ تا ۳ و دامنه‌ایی از ۰ تا ۶۳ دارد. نقطه برش ۱۳، حداقل افسردگی است.

۳- پرسشنامه روابط بین فردی: این پرسشنامه فهرستی از

اجرای درمان، وقتی حداقل در ۳ آزمودنی، تغییرات مشاهد شود، می‌توان از اثربخشی درمان اطمینان حاصل کرد [۲۰]. طرح‌های تک آزمودنی که امکان بررسی آزمایشی اثربخشی مداخلات درمانی با تعداد اندک آزمودنی‌ها را فراهم می‌آورند، با منطق مداخله بالینی سازگار بوده و امکان پاسخ‌گویی بسیاری از سؤالات مطرح شده در حوزه ارزیابی روان درمانی‌ها را فراهم می‌آورند [۲۰].

آزمودنی‌ها: جامعه آماری مطالعه حاضر، زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در شهر تهران بودند. جمعیت مورد نظر زنانی بودند که به دو کلینیک روان‌شناسی مراجعه می‌کردند. از این میان گروه نمونه پژوهش حاضر ۶ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند^۱ تا زمان تکمیل نمونه‌گیری و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از:

۱) ابتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C بر اساس مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک و مصاحبه بالینی ساختار یافته توسط روان‌شناس بالینی؛

۲) نمره افسردگی بک بین ۲۵ تا ۳۵ (افسردگی متوسط تا شدید)؛

۳) سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال؛

۴) مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر؛

۵) عدم استفاده از داروهای ضد افسردگی یا روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته؛

۶) داشتن ملاک‌های چک لیست سؤال‌های شش گانه انتخاب.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از:

۱) وجود هر گونه اختلال بارز دیگر محور I به جز افسردگی اساسی؛

۲) وجود هر گونه بیماری جسمانی که به نشانه‌های افسردگی قابل استناد باشد؛

۳) وجود نشانگان روان‌پریشی؛

۴) گزارش هر گونه تفکر و یا تلاش برای اقدام به خودکشی در هر زمان از پژوهش؛

۵) وجود سابقه سوء مصرف یا وابستگی به مواد در حال

1- purposeful sampling

2- Structured Clinical Interview for DSM- IV, Clinical Version (SCID-CV)

3- First

4- Spitzer

5- Gibbon

6- Williams

7- Tran

8- Hagga

9- Beck Depression Inventory (BDI-II)

افراد، موقعیت‌ها و فعالیت‌ها را که بسیاری از مردم در ارتباط با آنها مشکل دارند را با ۱۸ سؤال به روش نمره گذاری لیکرتی از ۰ تا ۱۰، بررسی می‌کند [۲۴]. اعتبار و پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی مورد ارزیابی قرار گرفته که اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۷۴ و آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۰ گزارش شده است. نقطه برش ۶۰، روابط بین فردی بهنجار را نشان می‌دهد [۲۴].

۴- چک لیست سؤال‌های شش گانه انتخاب: این چک لیست شامل شش ملاک است که توسط درمانگر آموزش دیده برای انتخاب بیماران مناسب ورود به روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی به کار گرفته می‌شود. این چک لیست همراه با راهنمای روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بوده و از کتاب «روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی» اقتباس شده است [۱۳]. در جدول ۱ سیر درمان بر اساس مراحل روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی آورده شده است.

جدول (۱) سیر و مراحل روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی

مرحله آغازین (دو تا چهار جلسه)	برقراری اتحاد درمانی، تنظیم فرمول بندی روانی، تعیین اهداف و تمرکز درمان، برقراری ارتباط میان نشانه‌ها و تعارض‌های زیربنایی
مرحله میانی I (چهار جلسه)	باقی ماندن روی اهداف و تمرکز درمانی توافق شده، تعبیر انتقال و ضد انتقال
مرحله میانی II (چهار جلسه)	پرداختن به تعارض‌ها، اشاره به خاتمه درمان
مرحله خاتمه (چهار جلسه)	تحکیم و تثبیت دستاوردها، پرداختن به تعارض‌های تداعی کننده فقدان و جدایی، درونی سازی تجربه درمان و درمانگر

روند اجرای پژوهش: روند اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی که به نظر می‌رسید واجد ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C بودند به روان‌پزشک ارجاع داده شدند و توسط روان‌پزشک مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند. بیماران واجد ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C مجدداً توسط روان‌شناس

1- Cohen's d effect size coefficient
2- remission rate
3- diagnostic recovery

پایه = درصد بهبودی

حداکثر رسیده و تثبیت می شود.

میانگین خط پایه / میانگین پس از درمان - میانگین خط

آزمودنی ۶ و ۳	پیش آزمون	خط پایه	میان آزمون	روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی	پس آزمون	پیگیری
	هفته ۳		هفته ۱۵		هفته ۶	
آزمودنی ۵ و ۲	پیش آزمون	خط پایه	میان آزمون	روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی	پس آزمون	پیگیری
	هفته ۳		هفته ۱۵		هفته ۶	
آزمودنی ۴ و ۱	پیش آزمون	خط پایه	میان آزمون	روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی	پس آزمون	پیگیری
	هفته ۳		هفته ۱۵		هفته ۶	

نمودار (۱) مراحل مطالعه

یافته‌ها
افسردگی یک و پرسشنامه روابط بین فردی نیز در جدول ۳ ارائه شده است.

در جدول ۲ به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنیها اشاره شده است. نمرات اندازه گیری‌های مکرر پرسشنامه

جدول (۲) ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

آزمودنی	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	تعداد دوره‌های افسردگی قبلی	اقدام به خودکشی پیشین	اقدامات درمانی پیشین	اختلال شخصیت خوشه C برجسته
آزمودنی ۱	۲۸	کارشناسی	مطلقه	۴	+	دارو درمانی	وسواس - جبری
آزمودنی ۲	۲۶	کارشناسی	متاهل	۲	-	دارو درمانی	اجتنابی
آزمودنی ۳	۲۶	کارشناسی ارشد	مجرد	۲	-	دارو درمانی	اجتنابی
آزمودنی ۴	۴۴	دیپلم	متاهل	۵	-	دارو درمانی	وابسته
آزمودنی ۵	۳۸	کارشناسی	متاهل	۱	-	ندارد	پر خاشگر - منفعل
آزمودنی ۶	۳۲	کارشناسی ارشد	متاهل	۳	+	مشاوره	وابسته
میانگین	۳۲/۳			۲/۸۳			

جدول ۳) نتایج اندازه‌گیری‌های مکرر افسردگی و روابط بین فردی

متغیرها	خط پایه میانگین (انحراف معیار)	درمان میانگین (انحراف معیار)	پس از درمان میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)	اندازه اثر (ضریب کوهن d)	درصد بهبود
افسردگی آزمودنی ۱	۳۲/۳ (۲/۵)	۲۲/۲ (۶/۳)	۱۵/۵ (۱/۹)	۱۵ (۱)	۲/۱	۵۲٪
افسردگی آزمودنی ۲	۳۰/۶ (۲)	۲۱/۱ (۶/۵)	۱۳/۷ (۱/۵)	۱۳/۶ (۰/۵)	۱/۹۷	۵۵٪
افسردگی آزمودنی ۳	۲۹ (۲)	۲۰/۴ (۷/۶)	۱۲/۳ (۱/۷)	۱۲ (۱)	۱/۵۴	۵۷٪
افسردگی آزمودنی ۴	۳۲ (۲/۶)	۲۲/۲ (۷/۷)	۱۳/۷ (۱/۹)	۱۴/۷ (۰/۶)	۱/۶۹	۵۷٪
افسردگی آزمودنی ۵	۲۷/۷ (۲)	۱۹/۳ (۶/۸)	۱۲/۲ (۲/۶)	۱۲/۳ (۱/۵)	۱/۶۵	۵۵٪
افسردگی آزمودنی ۶	۲۷/۳ (۰/۶)	۱۷/۶ (۵/۳)	۱۲/۲ (۰/۵)	۱۲ (۱)	۲/۵۵	۵۵٪
میانگین افسردگی	۲۹/۸	۲۰/۶۴	۱۳/۳	۱۳/۲۶	۱/۹۲	۵۵/۵٪
روابط بین فردی آزمودنی ۱	۱۰۱ (۴)	۷۵/۸ (۱۶)	۵۸ (۳/۲)	۵۲/۳ (۱/۵)	۲/۱۶	۴۲/۱۶٪
روابط بین فردی آزمودنی ۲	۱۰۵/۳ (۱/۵)	۷۵/۵ (۱۸/۳)	۵۵/۷ (۱/۲)	۴۹/۳ (۲/۵)	۲/۲۹	۴۷/۱٪
روابط بین فردی آزمودنی ۳	۱۱۵/۶ (۱/۱)	۸۸/۲ (۱۷)	۶۸/۲ (۲/۲)	۶۷/۶ (۲/۱)	۲/۲۷	۴۱٪
روابط بین فردی آزمودنی ۴	۹۱/۶ (۴/۹)	۶۸/۳ (۱۷)	۴۶/۷ (۳/۲)	۴۲/۳ (۱/۵)	۱/۸۶	۴۹٪
روابط بین فردی آزمودنی ۵	۹۳/۶ (۱/۵)	۷۵/۷ (۱۲/۳)	۶۲/۵ (۳/۴)	۵۹/۳ (۱/۵)	۲/۰۴	۳۳/۲٪
روابط بین فردی آزمودنی ۶	۱۰۱/۳ (۳/۷)	۸۱/۲ (۱۵/۵)	۶۲/۷ (۱/۷)	۵۸/۳ (۲/۱)	۱/۷۸	۳۸/۱٪
میانگین روابط بین فردی	۱۰۱/۴	۷۷/۴۵	۵۹	۵۴/۸۵	۲/۰۶	۴۱/۸٪

آزمودنی ۱ در خط پایه افسردگی نسبتاً شدید را تجربه می‌کرد. نمودار در مرحله آغازین درمان با همان شیب ادامه داشت که به معنای مقاومت نسبت به کاهش شدت افسردگی بود. در مرحله میانی، نمودار با شیب بیشتری کاهش یافت و افسردگی متوسط گزارش شد. در مرحله پایانی، شیب نمودار تقریباً ثابت شد و با همان ثبات در مرحله پیگیری ادامه داشت و افسردگی خفیف شد. اندازه اثر درمان ۲/۱ و ۵۲ درصد بهبودی حاصل شد. البته از لحاظ بالینی، افسردگی نهایتاً به زیر نقطه برش نرسید و در حد افسردگی خفیف باقی ماند. مشکلات بین فردی نیز در خط پایه در حد روابط مشکل‌دار بود. در مرحله آغازین درمان، اندکی مقاومت وجود داشت که با شیب کمی در مرحله میانی درمان ادامه و در مرحله پایانی درمان تقریباً ثابت شد که در پیگیری نیز با همان ثبات ادامه یافت. درصد بهبودی ۴۲/۶ درصد و اندازه اثر درمان ۲/۱۶ بود. اگر چه درصد بهبودی نهایتاً بالای ۵۰ درصد یعنی بهبودی نسبی نرسید اما از لحاظ بالینی روابط بین فردی آزمودنی به زیر نقطه برش یعنی روابط بهنجار رسید. آزمودنی ۲ در خط پایه افسردگی نسبتاً شدید را نشان داد. در مرحله آغازین، درمان با شیب ثابت و تغییر پذیری کم یعنی مقاومت ادامه یافت. در مرحله میانی، نمودار با شیب تندتری کاهش یافت و

افسردگی متوسط شد. در مرحله پایانی، شیب نمودار علیرغم تغییر پذیری زیاد، نسبتاً ثابت و در مرحله پیگیری نیز با همان شیب ادامه پیدا کرد. افسردگی در جلسه ۱۳ به زیر نقطه برش یعنی حداقل افسردگی رسید. البته در جلسات پایانی اندکی افزایش در شیب نمودار دیده شد که می‌تواند واکنش به خاتمه درمان باشد. درصد بهبودی ۵۵ درصد و اندازه اثر ۱/۹۷ بود. نمودار مشکلات بین فردی نیز در خط پایه روابط مشکل‌دار را نشان داد. روند کاهش شیب نمودار از همان مرحله آغازین درمان شروع و در سراسر درمان و مرحله پیگیری ادامه داشت. درصد بهبودی ۴۷/۱ درصد و اندازه اثر درمان ۲/۲۹ بود. از لحاظ بالینی نیز روابط بین فردی آزمودنی به زیر نقطه برش یعنی روابط بهنجار رسید. آزمودنی ۳ در خط پایه افسردگی نسبتاً شدید را گزارش داد. در مرحله آغاز درمان افزایش شدت افسردگی دیده شد که در مرحله میانی درمان با شیب بیشتری کاهش یافت و افسردگی متوسط شد. در ادامه شیب نمودار کاهش یافت و در مرحله پایانی و پیگیری با تغییر پذیری کم ادامه پیدا کرد. افسردگی از جلسه ۱۱ به زیر نقطه برش رسید اما در مرحله پایانی اندکی افزایش داشت که واکنش به خاتمه درمان بود چون در مرحله پیگیری برطرف شد. درصد بهبودی ۵۷ درصد و اندازه اثر

۳۳/۲ درصد، نسبتاً کم ولی اندازه اثر ۲/۰۴، خوب بود. آزمودنی ۶ نیز در خط پایه افسردگی متوسط را گزارش داد که در مرحله آغازین درمان شیب نمودار مانند خط پایه با مقاومت ادامه داشت. از مرحله میانی شیب نمودار شروع به کاهش کرد. افسردگی از جلسه ۱۲ به زیر نقطه برش رسید و پس از آن در مرحله خاتمه و پیگیری با شیب ثابت ادامه داشت. درصد بهبود ۵۵ درصد و اندازه اثر ۲/۵۵ بود. در خط پایه روابط بین فردی، مشکل دار گزارش شد. در مرحله آغازین درمان شیب نمودار در حد خط پایه ادامه بود و تقریباً از اواسط مرحله مداخله شیب کاهش چشم‌گیری داشت که در مرحله پیگیری با ثبات ادامه پیدا کرد. اگرچه درصد بهبود ۳۸/۱ درصد، نسبتاً کم و اندازه اثر ۱/۷۸، خوب بود اما از لحاظ بالینی نمودار به حدود نقطه برش یعنی روابط بهنجار رسید.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر بر اساس ملاک‌های اینگرام^۱، هیز^۲ و اسکات^۳، برای سنجش کارایی درمان‌های روان‌شناختی بررسی شدند [۲۶].

۱) اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟)؛ میانگین افسردگی آزمودنیها از افسردگی نسبتاً شدید در خط پایه به افسردگی متوسط در طول درمان و افسردگی خفیف در مرحله پایان درمان و پیگیری رسید. آزمودنیها به ۵۵ درصد بهبودی و اندازه اثر ۱/۹۲ دست یافتند که به ترتیب به معنای بهبودی نسبی بالینی و معناداری آماری روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی در کاهش شدت افسردگی بود. از طرف دیگر، میانگین مشکلات بین فردی آزمودنیها از روابط مشکل‌دار در خط پایه به مرحله نسبتاً مشکل‌دار در مرحله درمان و روابط بهنجار در مرحله پایان درمان و پیگیری رسید. آزمودنیها به ۴۱/۸ درصد بهبودی و اندازه اثر ۲/۰۶ دست یافتند که به ترتیب به معنای بهبودی نسبی بالینی و معناداری آماری روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی در کاهش مشکلات بین فردی بود. عباس در پژوهشی مشابه به اندازه اثر بزرگتری ($d=۳/۳۹$) در کاهش شدت افسردگی و اندازه اثر کوچکتری در کاهش مشکلات بین فردی ($d=۰/۸۷$) در

۱/۵۴ بود. روابط بین فردی در خط پایه در حد روابط مشکل‌دار بود. اگرچه نمودار با شیب ثابتی در طول دوره میانی و پایانی کاهش یافت، اما در نیمه مرحله درمان کاهش چشم‌گیری داشت. در مرحله پایانی و پیگیری نیز نمودار با شیب ثابتی کاهش یافت. درصد بهبودی ۴۱ درصد و اندازه اثر ۲/۲۷ بود. با این وجود، مشکلات بین فردی به زیر نقطه برش یعنی روابط بهنجار نرسید. آزمودنی ۴ در خط پایه افسردگی نسبتاً شدید را گزارش داد. در مرحله آغازین، ابتدا اندکی افزایش در شدت افسردگی دیده شد که در ادامه با شیب نسبتاً تند و تغییر پذیری زیاد کاهش یافت و افسردگی متوسط شد. در مرحله پایانی و پیگیری شیب نمودار با اندکی کاهش ثابت شد و تغییر پذیری زیادی نداشت. آزمودنی نسبت به خاتمه درمان واکنش داشت و اندکی افزایش در شیب نمودار دیده شد که در مرحله پیگیری حذف شد. اگرچه درصد بهبودی ۵۷ درصد و اندازه اثر ۱/۶۹ بود اما از لحاظ بالینی شدت افسردگی به زیر نقطه برش نرسید و در حد افسردگی خفیف باقی ماند. روابط بین فردی در خط پایه بین نقطه برش روابط مشکل‌دار و نسبتاً مشکل‌دار بود که در طول مرحله درمان با شیب اندک و تغییر پذیری کم کاهش یافت و به زیر نقطه برش رسید که در مرحله پیگیری ثبات خود را حفظ کرد. درصد بهبودی ۴۹ درصد و اندازه اثر ۱/۸۶، بودند. آزمودنی ۵ در خط پایه افسردگی متوسط داشت که در مرحله آغازین درمان نیز شیب نمودار در حد خط پایه ادامه یافت. در مرحله میانی درمان شیب نمودار شروع به کاهش کرد و افسردگی در جلسه ۱۲ به زیر نقطه برش رسید. در مرحله پایانی و پیگیری علیرغم تغییر پذیری بیشتر، شیب نمودار به شکل ثابت ادامه پیدا کرد و به حداقل افسردگی رسید. در واکنش به خاتمه درمان اندکی افزایش شیب نمودار دیده شد که در مرحله پیگیری تداوم نداشت. درصد بهبودی ۵۵ درصد و اندازه اثر ۱/۶۵، بودند. روابط بین فردی در مرحله خط پایه در حد روابط مشکل‌دار بود. شیب نمودار در مرحله آغازین درمان از خط پایه متفاوت نبود. اما تقریباً از مرحله میانی با شیب کم و تغییر پذیری اندک شروع به کاهش کرد و در مرحله پایانی درمان و پیگیری ثابت شد. اگرچه از لحاظ بالینی روابط بین فردی تقریباً به نقطه برش یعنی روابط بهنجار رسید اما درصد بهبودی

1- Ingram
2- Hayes
3- Scott

روابط بین فردی آزمودنی به حد بهنجار رسید. از طرف دیگر با وجود این که درصد بهبود آزمودنیها در روابط بین فردی نسبتاً کم بود اما ۵ آزمودنی به معناداری آماری و بالینی نسبتاً خوب رسیدند و تنها روابط یک آزمودنی به حد بهنجار نرسید. در آزمودنی ۳ این مسأله می‌تواند تا حدودی به دلیل ویژگی‌های شخصیت اجتنابی بود که زمان بیشتری برای نزدیک شدن در روابط و به کارگیری دستاوردهای درمان لازم داشت [۱۰].

۳) عمومیت تغییر؛ بازبینی دیداری نمودارها و نیز جداول نشان دهنده کاهش موازی علائم افسردگی و مشکلات بین فردی بود. اگرچه مشکلات بین فردی دیرتر از شدت افسردگی کاهش یافت، اما یافته‌ها حاکی از این بودند که تغییرات شخصیتی ناشی از روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی که باعث تغییر روابط می‌شود برای کاهش افسردگی ضروری است [۱۸]. افراد افسرده بسیار دنبال تکرار بازخوردهای منفی یا اطمینان بخشی از اطرافیان خود هستند که همین مسأله با افزایش ناکامی فرد از اطرافیان، نهایتاً باعث طرد شدگی می‌شود. طرد شدگی باعث افزایش فقدان‌های بیمار و از دست دادن حمایت‌های بیشتر می‌شود که باعث به تعویق افتادن خوب شدن افسردگی و مزمن شدن آن می‌شود. به همین دلیل است که هر چه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، ویژگی‌های اختلالات شخصیت خوشه C را بیشتر داشته باشند، روابط بین فردی آشفته‌تری دارند و در نتیجه افسردگی مزمن‌تری را تجربه می‌کنند [۱۲، ۲۹]. البته بهتر است در پژوهش‌های آینده از ابزارهای استاندارد برای سنجش بهبودی اختلالات همراه استفاده شود.

۴) میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)؛ از ۶ بیمار انتخاب شده برای درمان هر ۶ مورد درمان را به پایان رساندند که این مسأله میزان پذیرش درمان را از طرف بیماران نشان داد. البته باید خاطر نشان کرد که راهنمای مورد استفاده در درمان نیز ملاک‌هایی برای انتخاب بیماران داشت که در صورت کاربرد درست آن میزان پذیرش درمان از طرف بیماران افزایش می‌یابد. روان درمانی‌های تحلیلی به دلیل برانگیختن کنجکاوی و مشارکت افراد به کشف دلایل ناخودآگاه بروز و تداوم نشانگان و تعارض‌های بین

درمان فشرده تحلیلی کوتاه مدت با بیماران افسرده مقاوم به درمان رسید [۱۸]. این مسأله می‌تواند به دلیل تفاوت در نمونه و اثر درمانگر و نیز تمرکز بیشتر درمان حاضر روی روابط باشد. با این وجود، اندازه اثری که در پژوهش حاضر به دست آمد نزدیک اندازه اثر فراتحلیل اخیر بود که اثربخشی روان درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت در کاهش شدت افسردگی را بزرگ گزارش داد ($d=1/34$). [۲۷] یافته‌های فوق حاکی از این است که روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C را کاهش داده و در این زمینه اثربخشی لازم را دارد چون در حداقل سه بیمار به بهبودی بالینی و آماری معنادار رسید. با این وجود در پایان درمان کماکان مقداری افسردگی در حد افسردگی خفیف باقی ماند که مربوط به مقاومت ویژگی‌های شخصیتی خوشه C است. این یافته همسو با یافته‌های است که به این نتیجه رسیده بودند که اختلال‌های شخصیت خوشه C، باعث مزمن شدن افسردگی و کاهش نتایج درمانی می‌شود [۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۲۸، ۲۹]. علاوه بر این، در روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی، با تعبیر شدن نشانگان افسردگی در چارچوب تعارض‌های ارتباطی که در روابط بین فردی و فضای انتقال تکرار می‌شوند، بیمار به آگاهی بیشتری از علل شکل دهنده و تداوم بخش نشانگان افسردگی و مشکلات ارتباطی می‌رسد که نقش مهمی در کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی دارد [۱۵، ۱۶].

۲) کلیت تغییر (چند درصد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)؛ هر ۶ آزمودنی از لحاظ معناداری آماری به بهبودی نسبتاً خوب و از لحاظ معناداری آماری بالینی ۳ آزمودنی به حداقل افسردگی و ۳ آزمودنی به افسردگی خفیف رسیدند که ۲ آزمودنی در مرز حداقل افسردگی و افسردگی خفیف و مشخصاً ۱ آزمودنی واجد افسردگی خفیف بود. آزمودنی ۱ دارای ویژگی‌های اختلال شخصیت وسواس جبری، مطلقه و سابقه خودکشی بود. زندگی آشفته توأم با جدایی والدین و تکرار طلاق در زندگی بیمار، اشتغال فکری با بیماری پدر و نیاز به کنترل بی‌نقص زندگی خود و والدین جدا شده به منظور کسب احساس کفایت، می‌تواند نتایج نسبتاً ضعیف‌تر درمان را تبیین نماید. با این وجود،

فردی، معمولاً از پذیرش بالایی برخوردار هستند [۲۸].

۵) ایمنی (آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی مراجعان کاهش یافته است؟)؛ آزمودنیها گزارشی از صدمه یا مشکل در طول درمان یا مرحله پیگیری نداشتند، هر چند آگاهی‌های ناشی از درمان تغییراتی در روابط آنها ایجاد می‌کرد که معمولاً با واکنش‌های اطرافیان همراه بود که باز هم در چارچوب جلسات تحلیل می‌شد. رعایت ملاک‌هایی که راهنمای درمان در انتخاب آزمودنی‌های مناسب این رویکرد درمانی دارد الزامی است و احتمال آسیب را کاهش می‌دهد [۱۳]. برای مثال عدم انتخاب بیماری که نمی‌تواند در پایان درمان خودش به تنهایی دستاوردهای درمان را در زندگی‌اش به کار بگیرد یا عدم انتخاب فردی که قادر نیست جدایی پایان درمان کوتاه مدت را تحمل کند.

۶) ثبات؛ بازبینی دیداری نمودارها نشان داد که تقریباً از یک سوم پایانی دوره درمان روند کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی به ثباتی رسید که در طول دوره پیگیری نیز ادامه داشت. این مسأله مطرح می‌شود که در صورت ادامه درمان آیا نشانگان کاهش بیشتری داشتند و اثربخشی درمان بیشتر می‌شد؟ البته پژوهش‌های بسیاری حاکی از این هستند که ویژگی‌های شخصیتی خوشه C مانع از کاهش بیشتر نشانگان می‌شوند و تنها در روان درمانی‌هایی که تعداد جلسات بیشتری، برای مثال بیش از ۴۰ تا ۵۰ جلسه، دارند شدت افسردگی کاهش بیشتری می‌یابد [۳۰]. نمودار مشکلات بین فردی در دوره پیگیری بیشتر از افسردگی کاهش داشت که می‌تواند نشان دهنده این باشد که آگاهی‌های ناشی از تعبیر روابط، در بلند مدت اثر خود یاری داشته و آزمودنیها خود شروع به تحلیل روابط و نشانگان خود می‌کنند که از اهداف درمان‌های تحلیلی کوتاه مدت است [۱۵]. علاوه بر این در چهار آزمودنی اندکی افزایش شیب نمودار افسردگی در چند جلسه آخر مرحله خاتمه دیده شد که می‌تواند واکنش به خاتمه درمان باشد چون در دوره پیگیری دیده نشد. نگاهی به نمودارها حاکی از ثبات دستاوردهای درمان در مرحله پیگیری و حتی تداوم نتایج درمان به ویژه در روابط بین فردی بود. محمد [۳۱] ضمن بررسی اثربخشی روان درمانی فشرده کوتاه مدت و رضایی [۳۲] نیز ضمن بررسی فرآیند اثر تعبیر در کاهش علائم افسردگی و عباس [۱۸] نیز ضمن بررسی

اثربخشی روان درمانی فشرده تحلیلی کوتاه مدت به نتایج مشابه یافته‌های فوق رسیدند. مقاومت و در برخی موارد افزایش شدت افسردگی در ابتدای درمان تا حدودی به دلیل افزایش آگاهی از ارتباط نشانگان و تعارض‌های بین فردی است [۱۸، ۳۱، ۳۲]. همچنین مقاومت و در برخی موارد افزایش شدت افسردگی در خاتمه درمان به دلیل پیش بینی خاتمه درمان، نگرانی از عود نشانگان و نیز از دست دادن فضای انتقال است [۱۵، ۲۸]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی از اثربخشی مناسب در کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C برخوردار بود، اما به نظر می‌رسد بهبودی بیشتر مستلزم تغییرات شخصیت بیشتر یا درمان بلند مدت بود. این مطالعه دارای محدودیت‌های دوره پیگیری کوتاه مدت و تک درمانگر بودن است. علاوه بر این درمانگر این مطالعه، آموزش دیده بود و تکرار این مطالعه با درمانگری که آموزش کافی در این رویکرد ندیده باشد، مقدر نیست. لذا پیشنهاد می‌شود که این مطالعه با نمونه‌ها و اختلال‌های دیگر و سایر طرح‌های آزمایشی یا مقایسه‌ای تکرار شود. پژوهش‌هایی که در حیطه اثربخشی روان درمانی‌های تحلیلی کوتاه مدت از قبیل روان درمانی روابط موضوعی انجام شده‌اند هنوز در ابتدای مسیر خود هستند، بنابراین، این درمان مستلزم پژوهش‌های کنترل شده تصادفی و تحلیل عاملی درمان به منظور یافتن عوامل اصلی تغییر درمانی مانند اتحاد درمانی، انتقال، اثر درمانگر و یا متغیرهای دیگر است.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که در این مطالعه شرکت و با صرف وقت و همکاری خود این مطالعه را ممکن نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Papakostas G, Fava M. Predictors, moderators, and mediators (correlates) of treatment outcome in major depressive disorder. *Dialog Clin Neurosci*. 2008; 10(4): 439-451.
- 2- Corrubel E, Ginestel D, Guelfi JE. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *J Affec Disord*. 1996; (37): 157-170.
- 3- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression:

- 17- Abbass A. Intensive short term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office. *Am J Psychol.* 2002; 56(2): 225-234.
- 18- Abbass AA. Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment resistant depression: a pilot study. *Depression and Anxiety.* 2006; (23): 449-452.
- 19- Carrillo JM, Rojo N, Staats A. Women and vulnerability to depression: some personality and clinical factors. *Span J Psychol.* 2004; 7(1): 29-39.
- 20- Kendall PC, Butcher JN, Grayson NH. *Handbook of research methods in clinical psychology.* Second edition. Chicago: John Wiley & Sons Inc; 1999. p. 297-329.
- 21- Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In Haynes SN, and Heiby EM (eds). *Comprehensive Handbook of psychological assessment.* New York: John Wiley & sons; 2004. p. 269-290.
- ۲۲- بختیاری مریم. بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۹. ص. ۹۶-۹۸.
- ۲۳- فتی لادن. ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، مقایسه دو چارچوب مفهومی [رساله دکتری]. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۲. ص. ۸۸-۸۶.
- ۲۴- محمد سعید. بررسی عوامل مرتبط با تجرد جانبازان مؤنث. *مجله رفاه اجتماعی.* ۱۳۸۰؛ (۱۵): ۳۶-۲۷.
- 25- Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: history, application, and current practice. *Clin Psychol Rev.* 2001; 21(3): 421-446.
- 26- Ingram RE, Hayes AQ, Scott W. Empirically supported treatment: A critical analysis. In: Snyder CR, Ingram RE. *Handbook of psychological change.* New York: Wiley; 2000. p. 40-60.
- 27- Driessen E, Cuijpers P, De Maat S, Abbass A, De Jonghe F, Dekker J. The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depression: a Meta-Analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews;* 2009.
- 28- Henricus LV, Hendriksen M, Schoevers RA, Peen J, Abraham RA, Dekker J. Predictive value of object relations for therapeutic alliance and outcome in psychotherapy for depression: an exploratory study. *J Nerv Ment Disord.* 2008; 196(9): 655-662.
- 29- Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Kuisma S, Antikainen R, et al. Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *J Affec Disord.* 2002; (71): 35-41.
- 30- Caligor E. Treatment manuals for long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *Clin Neurosci Res.* 2005; (4): 387-398.
- meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry.* 2006; (188): 13-20.
- 4- Skodol AE, Grilo CM, Pagano ME, Bender DS, Gunderson JG, Shea MT, et al. Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder. *J Psychiatr Pract.* 2005; (11): 363-368.
- 5- Casey P, Birbeck G, McDonagh C, Horgan A, Dowrick C, Dalgard O, et al. Personality disorder, depression and functioning: results from the ODIN study. *J Affec Disord.* 2004; (82): 277-283.
- 6- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* fourth edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- 7- Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In Sadock BJ, Sadock VA. (Eds). *Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry.* Seventh edition. Philadelphia: Williams and Wilkins. 2000, pp: 1723-1764.
- 8- Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: a prospective study. *J Pers Disord.* 2007; 21(4): 371-383.
- 9- Alnaes R, Torgersen SW. DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand* 1988; (78): 348-355.
- 10- Chioqueta AP, Stiles TC. Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis.* 2004; 25(3): 128-133.
- 11- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality Disorders. *Am J Psychiatry.* 2004; (161): 810-817.
- 12- Viinamaki H, Tanzanian A, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Honkalampi K, Antikainen R, et al. Cluster c personality disorders and recovery from major depression: 24- month prospective follow up. *J Pers Disord.* 2003; 17(4): 341-350.
- 13- Stadter M. object relations brief therapy: the therapeutic relationship in short-term work. Second edition. Maryland: Roman and Littlefield; 2009.
- 14- Person E, Cooper A, Gabbard G. *Textbook of psychoanalysis.* First edition. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2005.
- 15- Herbert GL, McCormack VK, Callahan JL. An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanal Psychol.* 2010; 27(2): 219-234.
- 16- Hersoug AG. A closer look at good and poor outcome in psychodynamic psychotherapy: a case comparison study. *Clin Case Stud.* 2010; 9(135): 135-153.

۳۱- محمد سعید. فرایند اثربخشی روان درمانی پویشی / تجربه‌ای تسریع شده بر شدت کاهش علائم بیماران مبتلا به افسردگی اساسی [رساله دکتری]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۷. ص. ۱۱۲-۱۰۵.

۳۲- رضایی مظاهر. اثربخشی تفسیر انتقال بر فرآیند بینش، شدت افسردگی اساسی و علائم همراه در روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت [رساله دکتری]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۸. ص. ۱۴۵-۱۵۲.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی