

Formulating the psychosocial vulnerability model of chronic depression: The grounded theory

Seyed Mohammad Reza Samsam Shariat, PhD student

Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Hamid Taher Neshat Doost, Ph.D.

Academic member, University of Isfahan, Iran

Mehrdad Kalantari, Ph.D.

Academic member, University of Isfahan, Iran

seyed hamid reza oreyzi samani, Ph.D.

Academic member, University of Isfahan, Iran

الگوی بومی آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی افسردگی مزمن: یک نظریه زمینه‌ای

سیدمحمدرضا صمصام‌شریعت

دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

حمیدطاہر نشاط‌دوست*

دکترای روان‌شناسی، عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مهرداد کلانتری

دکترای روان‌شناسی، عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

سیدحمیدرضا عریضی‌سامانی

دکترای روان‌شناسی، عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Abstract

The aim of this study was formulating the native psychosocial vulnerability model of chronic depression. This exploratory qualitative study was carried out using grounded theory method. Data were collected via semistructured in-depth interviews and field notes. We interviewed with 12 patients with chronic depression. Participants were selected from two psychotherapy clinics. The survey instrument included; structured Clinical Interview for DSM5 criteria and 24-item Hamilton depression scale (HRSD24). Data were analyzed using the NVIVO software. The results showed as a result of these factors caused chronic depression terms of the previous treatment failure and multiple courses prior history of depression and a sense of disability of physical problems and chronic pain. This disorder has been achieved in the context of the problem in terms of social / familial and financial / employment / education. The results showed that the basic conditions to depression include cognitive and behavioral factors which are influenced by mood and emotion regulation. The continuation of this disorder is the result of factors and physical health as well as social and family factors and occupational, academic and financial factors, which leads to the symptoms of chronic depression. Based on the grounded theory method of this study, since most psychotherapy processes have been emphasized on aspects of cognitive / behavioral, at the time of the chronicity of the disorder, better health priority, according to maintaining these categories: health problems and physical and fields family / social and jobs / education / financial.

Keywords: model, psychosocial vulnerability, chronic depression.

چکیده

هدف این پژوهش تدوین الگوی آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی افسردگی مزمن بود. روش نظریه زمینه‌ای به‌منظور تدوین نظریه پیرامون شرایط علی، راهبرها و پیامدها در افسردگی مزمن استفاده شد و نمونه‌ای (۱۲ نفر) در گروه سنی ۲۵ الی ۶۰ سال، شامل مبتلایان به افسردگی مزمن مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره و روان‌درمانی در شهر اصفهان به‌صورت هدفمند انتخاب شد. ابزار تحقیق شامل؛ مصاحبه ساختاریافته مبتنی بر ملاک‌های DSM5، مصاحبه باز و نیمه ساختارمند و مقیاس ۲۴ آیتمی همیلتون برای افسردگی (HRSD24) بود. کدگذاری با کمک نرم‌افزار NVIVO انجام شد. نتایج نشان داد مزمن بودن اختلالات افسردگی در نتیجه شرایط شکست در نمایش قبلی و دوره‌های متعدد سابقه افسردگی و نیز احساس ناتوانی حاصل از مشکلات جسمانی و دردهای مزمن، در بستری از وجود مشکل در شرایط اجتماعی/خانوادگی و مالی/شغلی/تحصیلی، حاصل گردیده و وجود اختلال افسردگی نیز محصولی از عوامل شناختی و رفتاری است که این عوامل با ویژگی‌های خلقی و تنظیم هیجانی فرد در تعامل اند. با توجه به آنکه اغلب فرآیندهای روان‌درمانی تاکنون تأکیدی شناختی/رفتاری داشته‌اند، بنابر نظریه زمینه‌ای حاصل؛ در شرایط مزمن بودن اختلال، بهتر است اولویت درمان، متوجه مقوله‌های تداوم‌بخش؛ مشکلات درمانی و جسمانی و زمینه‌های خانوادگی/اجتماعی و شغلی/تحصیلی/مالی گردد.

واژه‌های کلیدی: الگو، آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی، افسردگی

مزمن.

مقدمه

عمده مزمن و افسرده خوبی است (ملوجیانیس، آرنتز، اسپروپولو، تسارتسارا، آگلی، کارولی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین عوامل تعیین‌کننده افسردگی مزمن لزوماً از لحاظ کیفیت تفاوتی نداشته (ریسو، میاتا، و تز^{۱۶}، ۲۰۰۲) و آن عواملی که در ایجاد افسردگی مزمن تاکنون بیشتر مورد توجه قرار گرفته شامل مواردی است که موجب تداوم این اختلال و مقاومت آن به درمان است (بران، کریگ، هریس، هندلی و هاروی^{۱۷}، ۲۰۰۷؛ کلاین و همکاران، ۲۰۰۹). پس عامل مشترک در میان همه این تظاهرات متعدد، اثرات طاقت‌فرسایی است که نه فقط بر خلق افراد بلکه همچنین بر بهزیستی روانی و اجتماعی کلی افراد، کارکرد روزانه آن‌ها، روابطشان، زندگی کاری و افراد پیرامونشان دارد (مور و گارلند^{۱۸}، ۲۰۰۳). بنابراین مزمن بودن افسردگی در اختلال افسردگی مداوم تجلی می‌یابد. در واقع اختلال افسردگی مداوم^{۱۹} بیانگر تحکیم اختلال افسردگی اساسی مزمن^{۲۰} و اختلال افسرده خوبی^{۲۱} است که در DSM-5 شامل این ملاک‌های تشخیصی است؛ خلق افسرده در بخش عمده روز، بیشتر روزها، به صورتی که با گزارش فردی یا مشاهده دیگران به مدت حداقل ۲ سال مشخص می‌گردد (در کودکان و نوجوانان، خلق می‌تواند تحریک‌پذیر و مدت باید حداقل ۱ سال باشد) و فرد دارای ۲ یا تعداد بیشتری از علائم کم‌اشتهایی یا پرخوری^{۲۲}، بی‌خوابی یا پرخوابی^{۲۳}، انرژی کم یا خستگی^{۲۴}، عزت‌نفس پایین، تمرکز ضعیف یا مشکل تصمیم‌گیری^{۲۵} و احساسات ناامیدی^{۲۶} است که به‌طور مداوم وجود داشته و در آن دوره حمله‌های شیدایی رخ نداده و متأثر از عوامل فیزیولوژیکی و جسمانی نبوده و در عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های مهم، اختلال ایجاد می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

افسردگی مزمن^۱ با افزایش اختلال در عملکرد همراه بوده (کلاین، شانکمن، و رز^۲، ۲۰۰۶) و سطوح بالاتری از استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های اقتصادی را در مقایسه با اشکال غیر مزمن از افسردگی به فرد تحمیل می‌کند (اسمیت، کوچیپرز، اوستنریک، باتلان، دگراف و به کام^۳، ۲۰۰۶). همچنین به نظر می‌رسد ۲/۵ درصد از جمعیت بزرگ‌سال در جامعه از افسردگی مزمن رنج می‌برند (کسلر، برگلند، دملر، جین، مری کنگس و والترز^۴، ۲۰۰۵) و در حدود ۲۰ درصد از تمام افراد افسرده با یک دوره مزمن در افسردگی مواجه می‌شوند (گیلمر، تریودی، راش، ویسنسکی، لوتر و هاوولد^۵، ۲۰۰۵). این پژوهش به دنبال تبیین الگویی برای اختلال افسردگی مزمن است. بنابراین به توصیف عوامل تعیین‌کننده و نیز مدل‌های موجود مرتبط با آن، که البته بیشترشان مربوط به افسردگی اساسی بوده و نه افسردگی مزمن، پرداخته شده است. معمولاً در پیشینه‌ها چهار نوع افسردگی مزمن از هم متمایز شده است که شامل؛ (۱) اختلال افسرده خوبی^۶، (۲) اختلال افسردگی اساسی مزمن MDD^۷، (۳) افسردگی مضاعف (افسردگی اساسی همراه با افسرده خوبی)^۸، (۴) اختلال افسردگی اساسی بازگشتی با بهبودی ناقص بین دوره‌ها^۹، می‌باشند (تورپی و کلاین^{۱۰}، ۲۰۰۸). در این میان یافته‌ها از این ایده که در شرایط مزمن بودن افسردگی، تظاهرات مختلفی وجود دارد، حمایت نمی‌کنند (کوچیپرز، ون استراتن، اشیومنز، ون اپن، هالون و اندرسون^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ کلاین و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین در DSM-5^{۱۲} (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۳}، ۲۰۱۳) تشخیص مزمن بودن افسردگی بر اساس اختلال افسردگی مداوم^{۱۴} (دیس تایمی) است که شامل دو دسته تشخیصی افسردگی

1. chronic depression
2. Klein, Shankman, & Rose
3. Smit, Cuijpers, Oostenbrink, Batelaan, de Graaf & Beekman
4. Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters
5. Gilmer, Trivedi, Rush, Wisniewski, Luther & Howland
6. dysthymic disorder
7. chronic major depressive disorder
8. double depression (MDD superimposed on a dysthymic disorder)
9. recurrent major depressive disorder with incomplete remission between the episodes
10. Torpey & Klein
11. Cuijpers, van Straten, Schuurmans, van Oppen, Hollon & Andersson
12. diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)
13. American Psychiatric Association
14. persistent depressive disorder
15. Malogiannis, Arntz, Spyropoulou, Tsartsara, Aggeli, Karveli
16. Riso, Miyatake, & Thase
17. Brown, Craig, Harris, Handley & Harvey
18. Moore and Garland
19. persistent depressive disorder
20. chronic major depressive disorder
21. dysthymic disorder
22. Poor appetite or overeating
23. Insomnia or hypersomnia
24. Low energy or fatigue
25. Poor concentration or difficulty making decisions
26. Feelings of hopelessness

خاطرات مثبت) (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۶)، کاهش خودآگاهی فراشناختی (ناتوانی در دیدن افکار به‌عنوان افکار و در نتیجه، دیدن آن‌ها به‌عنوان واقعیت) و نقصان‌ها در حل مسئله^۴، مشکلات تمرکز و کندی فرایندهای ذهنی (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از داود، ۲۰۰۴) است. همچنین طبق مدل شناختی بک، تجارب رشدی اولیه، نحوه تعامل با والدین و افراد کلیدی زندگی به تشکیل فرض‌ها یا طرح‌واره‌هایی درباره خویشتن، جهان و انسان‌های دیگر می‌انجامد که بر پایه آن در افسردگی فرض‌ها ناکارآمد و سپس افکار خود-آیند منفی ایجاد شده و نشانه‌هایی نظیر علائم رفتاری (کاهش فعالیت و کناره‌گیری)، ویژگی‌های انگیزشی (بی‌علاقگی و رخوت)، نشانه‌های هیجانی (اضطراب و احساس گناه)، نشانه‌های شناختی (اشکال در تمرکز، عدم قدرت تصمیم‌گیری) و علائم جسمانی (بی‌اشتهایی و بی‌خوابی) ایجاد شده و دور باطلی شکل می‌گیرد که موجب فعال شدن سطوح دوم (پیش‌فرض‌ها) و سطح عمیق‌تر (طرح‌واره‌ها) می‌گردد (داود، ۲۰۰۴). در مدل زیرسیستم‌های شناختی متعامل^{۱۵} نیز تیزدل و برنارد^{۱۶} (۱۹۹۳) سوگیری‌های وابسته به خلق در فرایندهای شناختی، بازتاب تغییر در مدل‌های طرح‌واره‌ای است که برای تفسیر تجارب به‌کار می‌روند و گذر از حالت غیرافسرده به حالت افسرده با تغییر در مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای همراه است که برای تفسیر تجارب به‌کار برده می‌شوند (تیزدل، سگال، ویلیامز و ریجوی و سولس به ای، ۲۰۰۰). در مدل شناختی افسردگی مور و گارلند (۲۰۰۰) باورها و راهکارهای اجتنابی به این ترتیب به‌عنوان عوامل مهم در آسیب‌پذیری بیماران در تداوم خلق پایین تلقی می‌شوند و پیامدهای روان‌شناختی و محیطی استفاده طولانی از راهکار اجتنابی در تقویت و ابقای خلق پایین مهم تلقی شده‌اند. به‌علاوه، فقدان پاسخ اطمینان‌بخش افسردگی به درمان‌ها، باورها و اعتقادات منفی مرکزی که بر حسب شدت افسردگی را تداوم می‌بخشند و یک دور معیوب توسط پیامدهای محیطی اجتناب و افسردگی به‌وجود می‌آید (مور و گارلند، ۲۰۰۳).

در ایجاد اختلال افسردگی مزمن، ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی دخالت دارند. اما تأثرات زیرمجموعه‌های این عوامل کلی و میزان نقش هر یک از آن‌ها و مستقیم یا غیرمستقیم بودن ارتباطشان با اختلال افسردگی مداوم و در شرایط مزمن، هنوز به‌وضوح مشخص نیست و کار چندانی بر آن صورت نگرفته است و بیشتر مدل‌ها بر اختلال افسردگی اساسی متمرکزند.

در بررسی مدل روانی، موضوعات متعددی وجود دارند. در مدل شناختی توسط بک^۱ (۱۹۶۷)، فرض می‌شود که فقدان اولیه^۲ منجر به شکل‌گیری ساختارهای شناختی پایداری می‌گردد که شخص را نسبت به افسردگی، در پی حوادث بعدی زندگی آسیب‌پذیر می‌سازد. به این ترتیب باورهای اصلی و مرکزی^۳ فرد را برای افسردگی مستعد می‌نمایند (فنل، بنت-لوی و واستبروک^۴، ۲۰۰۴). سه جنبه از شناخت جهت پدیدآیی ایجاد و ابقاء افسردگی مهم هستند که عبارت‌اند از: آسیب‌پذیری شناختی^۵ مانند محتوا^۶ و فرایند^۷ تفکر منفی و نظایر آن. موضوعات فقدان، نارزنده‌سازی خود^۸ و ناامیدی در محتوای تفکر افراد افسرده نفوذ می‌نمایند. مثلث شناختی^۹ بک (بیانگر نظرگاه منفی و تخریب شده نسبت به خود، نسبت به جهان و نسبت به آینده) و ویژگی اصلی و مرکزی این محتوا است. این افکار نقش مهمی در ابقای افسردگی ایفا می‌نمایند. سیستمی از بازخوردهای دوجانبه (متقابل) به‌وجود می‌آید که در آن تفکر منفی، خلق پایین را تشدید می‌کند و مشکلات جسمانی، کاهش انگیزش ناشی از خلق پایین منجر به کاهش درگیر شدن در فعالیت‌های رضایت‌بخش می‌گردد (فنل و همکاران، ۲۰۰۴). دیگر فرایندهای شناختی که در تداوم افسردگی سهیم‌اند، شامل؛ خطاهایی در منطق نظیر تعمیم بیش‌ازحد^{۱۰} (نتیجه‌گیری کلی از حوادث ویژه و جزئی)، توجه انتخابی^{۱۱} (توجه نمودن فقط به جنبه‌های منفی تجارب خارجی)، تفکر همه یا هیچ^{۱۲} (بک و همکاران، ۱۹۷۹، به نقل از فنل و همکاران، ۲۰۰۴)، سبک پاسخ‌های نشخواری^{۱۳}، حافظه تعمیم‌یافته (ناتوانی در پردازش خاطرات خاص به‌ویژه

1. beck
3. corebeliefs
5. cognitive vulnerability
7. process
9. cognitive triad
11. selective attention
13. rumminative
15. interactive cognitive subsystems

2. early loss
4. Fennel, bennet-levy & wastbrok
6. content
8. self- devaluation
10. avergeneralization
12. all or nothing thinking
14. Problem solving
16. bernard

وجود دارد. به لحاظ روان‌شناختی، بیماران مبتلا به افسردگی مداوم، به‌طور تغییرناپذیری درمانده و نامیدند (تیز^{۱۲}، ۱۹۹۴) و برای بسیاری از بیماران، فقدان انگیزه و فقدان لذت، نسبت به حالت‌های خلقی منفی حاد، شدیدتر است. بیماران معمولاً نشانه‌هایشان را طوری که کاملاً خارج از کنترلشان است، تجربه می‌کنند (کلر، کلین، هریسفلد، مک کالج میلر، فیرست، هولزر^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین در افسردگی مزمن، شکایت‌های مربوط به انرژی و خستگی به نظر متداول‌ترند و نسبت به سایر نشانه‌ها ناتوان‌کننده‌تر و اجتناب از رفتارهای اجتماعی و عاطفی در افراد دارای افسردگی مزمن بیشتر از افسردگی دوره‌ای گزارش شده است (بروک میر، کالسا، هاتزینگر، بنت و بکن استراس^{۱۴}، ۲۰۱۵). درعین حال باید به این نکته توجه داشت که اغلب تمرکز مدل‌های مذکور بر افسردگی اساسی است و با استناد به بررسی تحقیقات انجام شده، به نظر می‌رسد تاکنون پیرامون افسردگی مزمن، مدل تبیینی ساخته نشده است. همچنین تجمیع عوامل روانی و اجتماعی در یک مدل لحاظ نگردیده است. این موضوع در بحث درمان افسردگی مزمن از اهمیت بیشتری برخوردار می‌گردد. چراکه بسیاری درمان‌ها منطبق با واقعیت موجود در این اختلال نبوده و با تشخیص نامناسب و درمان نامناسب، موجب تشدید افسردگی می‌شود (مور و گارلند، ۲۰۰۳).

آسیب‌پذیری روانی اجتماعی از طرفی دربردارنده جنبه‌های روانی و شرایط روانی زیربنایی است که به تظاهر و تداوم اختلال منجر گردیده و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر آن اثر دارد. آنچه در این تحقیق مدنظر است، تدوین الگویی مبتنی بر جنبه‌های آسیب‌پذیری روانی و اجتماعی در افسردگی مزمن است. بنابراین پژوهش در پی تبیین علل دقیق روان‌شناختی و اجتماعی است که موجب مزمن بودن در افسردگی اند. استخراج برخی علل به‌منظور تبیین مدل افسردگی مزمن، با توجه به مطالعات انجام شده پیرامون افسردگی اساسی تا حدودی ممکن است، لیکن به نظر می‌آید همچنان عوامل مهمی وجود دارند که به شکلی تأثیرگذار در

در تبیین عوامل رفتاری نیز به مصرف بالای الکل یا مواد، اجتناب از تماس‌های اجتماعی، رفتارهای پرخطر و نشخوار فکری اشاره می‌شود (موریس، ۲۰۰۶). مطالعات دیگر نیز عوامل خطر در افزایش شانس بروز اختلال را شامل؛ عوامل جسمی، مرگ والدین در دوران کودکی، سن، جنسیت، تجرد، طلاق و جدایی، سطح اقتصادی- اجتماعی پایین، سبک زندگی خاص، سابقه ابتلا به افسردگی در خانواده دانسته‌اند (داود^۱، ۲۰۰۴). عملکرد روزانه فرد مبتلا به افسردگی در بسیاری از حیطه‌های زندگی چون موقعیت‌های کاری، اوقات فراغت، ازدواج و خانواده دستخوش تغییراتی می‌گردد. قریب به اکثر بیماران مبتلا به افسردگی دارای دوره‌های بازگشت کننده هستند و عواملی چون سطوح پایین حمایت اجتماعی، ناسازگاری، کمبود اوقات فراغت، کیفیت نامطلوب در روابط از عوامل بازگشت این بیماری محسوب می‌گردد (استفوس، باونز، استارتر، پاردون، مندلوویز^۲، ۱۹۹۶) وجود نقص در عملکرد اجتماعی پیش‌آگهی درمان را منفی کرده و درنهایت حتی می‌تواند سبب طرد بیمار از حوزه‌های اجتماعی گردد (پادوک و نویسکی^۳، ۱۹۸۶) و یا نرخ عود را افزایش دهد. در تحقیقات اخیر مشکلات خانوادگی، اضطراب در دوران کودکی و عزت‌نفس پایین و مشکلات در اوایل دوران بلوغ با افسردگی مزمن (آنگست، گاما، روزلر، آژاسیس و کلاین^۴، ۲۰۱۱) در ارتباط است. نتیجه یک تحلیل گزارش می‌دهد که بدرفتاری در دوران کودکی با افزایش خطر ابتلا به افسردگی مزمن و عدم پاسخ در طول درمان در ارتباط است (نانی، اهر و دانس^۵، ۲۰۱۲). همچنین بین افسردگی مزمن و اختلالات شخصیتی محور دوم رابطه وجود داشته است (مادوکس^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ ریسو و همکاران، ۲۰۰۲). آگوستی^۷ (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای نشان داد که وجود اختلال هراس^۸، اختلال اضطراب منتشر^۹، اختلالات شخصیت شاخه B^{۱۰} و سابقه سوءاستفاده فیزیکی^{۱۱} با کاهش احتمال بهبودی افسردگی مزمن در ارتباط بوده است. نکته مهم این است که بین افسردگی مزمن و حاد تفاوت‌هایی از نظر نشانه‌های موجود،

1. Dowd

3. Paddock JR, Nowicki

5. Nanni, Uher & Danese

7. Agosti

9. generalized anxiety disorder

11. history of physical abuse

13. Keller, Klein, Hirschfeld, Kocsis, McCullough, Miller, First, Holzer, Keitner, Marin & Shea

2. Stefanos, Bauwens, Starter, Pardoan & Mendlewicz

4. Angst, Gamma, Rossler, Ajdacic & Klein

6. Maddux

8. panic Disorder

10. cluster B personality disorders

12. Thase

14. Brockmeyer, Kulessa, Hautzinger, Bents & Backenstrass

کرد. این فرایند مبنای اصلی تمایز این شیوه از سایر روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش کیفی است. به راین اساس، جهت تحلیل داده‌ها در این شیوه یعنی نظریه زمینه‌ای از سه شیوه کدگذاری استفاده می‌شود. ۱. کدگذاری باز^۲، ۲. کدگذاری محوری^۳ و ۳. کدگذاری انتخابی^۴ (کوهن^۹ و همکاران، ۲۰۰۷). (کدگذاری روند یا فرایندی است که طی آن داده‌های خام تفکیک، مفهوم بندی و ترکیب می‌شوند، به گونه‌ای که حاصل این فرایند بتواند نظریه زمینه‌ای نهایی را ارائه کند. در فرآیند کدگذاری، واحد تحلیل، مفهوم است (الری^{۱۰}، ۲۰۰۴). در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم اولیه، در مرحله کدگذاری محوری، مقولات عمده همراه با مقوله^{۱۱} هسته^{۱۱} استخراج می‌شوند. مقوله هسته باید قدرت تحلیلی داشته باشد و دیگر مقولات را نیز پوشش دهد (گیون^{۱۲}، ۲۰۰۸). در مرحله کدبندی انتخابی که همراه با بررسی دقیق داده‌ها و کدبندی دو مرحله قبلی است پژوهشگر در عمق داده‌ها به تحلیل پرداخته و آن‌ها را در قالب نظریه‌ای که همان نظریه زمینه‌ای و هدف اصلی پژوهش برای درک موقعیت بوده است، ارائه می‌دهد که در این فرآیند پژوهشگر پس از تعیین مقوله محوری یا هسته، سایر مقولات حول مقوله محوری را در قالب یک مدل پارادایمی ترسیم می‌کند (کریسول^{۱۳}، ۲۰۰۷). این مدل پارادایمی در واقع دارای سه بعد اصلی شامل شرایط، تعاملات و فرآیندها و پیامدها است که بعد شرایط آن می‌تواند در قالب سه وجه شرایط علی، شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر یا مزاحم به نمایش درآید. در این مدل این موارد، مراحل را تشکیل خواهند داد؛ ۱. شرایط علی: این شرایط باعث ایجاد و شکل‌گیری پدیده یا طبقه هسته‌ای می‌شوند. ۲. شرایط زمینه‌ای: عبارت از سلسله شرایط خاصی که در آن فرآیندها و تعاملات برای اداره، کنترل و پاسخ به پدیده صورت می‌گیرد. ۳. شرایط مداخله‌گر: شرایطی کلی و وسیعی هستند که بر چگونگی فرآیندها و راهبردها اثر می‌گذارند. شرایط مداخله‌گر به مثابه بستری عمل می‌کند که باعث تخفیف یا تشدید پدیده‌ها

مزمن بودن اختلال نقش اساسی دارند، ولی در افسردگی اساسی چندان پررنگ نیستند. عواملی که در این پژوهش می‌توانند موجب ساخت الگوی آسیب‌پذیری روانی و اجتماعی در افسردگی مزمن شوند، در تدوین درمانی که به آن‌ها توجه ویژه‌ای شده باشد نیز، نقش مهمی را ایفا خواهند نمود. بنابراین در این پژوهش با استناد به جنبه‌های آسیب‌پذیری روانی و اجتماعی در افسردگی مزمن، الگوی روانی-اجتماعی این اختلال تدوین گردید.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

با توجه به هدف مطالعه، پژوهش اول از نوع کیفی با روش پژوهش نظریه زمینه‌ای^۱ بوده است. گلیزر و اشتراوس^۲ (۱۹۶۷) سه هدف عمده برای آن قائل شده‌اند که نخست ارائه مبنایی برای نظریه‌هایی که از تأثیر متقابل داده‌ها جمع‌آوری شده‌اند. دوم این‌که منطقی یا گونه‌های برخاسته از داده‌ها را بیان کند و هدف سوم مشروعیت بخشی به پژوهش‌های کیفی بوده است (کریسول^۳، ۲۰۰۷). نظریه زمینه‌ای هم طرح پژوهش است و هم روشی برای تجزیه و تحلیل داده‌های خام جمع‌آوری شده است (ریدنور و نیومن^۴، ۲۰۰۸). در این پژوهش از رویکرد سامانمند در نظریه زمینه‌ای استفاده شده است. بر این اساس در نظریه زمینه‌ای یک رابطه خودمانی میان داده و پژوهشگر وجود دارد. پی بردن به تئوری از میان داده‌ها هنر پژوهشگر است، پژوهشگر در این نظریه از دانشی درباره داده‌ها، ظرفیت شناسایی آن‌ها و مفاهیم آن برخوردار است که در اصطلاح به آن حساسیت نظری^۵ گفته می‌شود (اسکات و همکاران، ۲۰۰۶). فرآیند اصلی در روش نظریه زمینه‌ای به‌عنوان روش تحلیل داده‌های فرآیند کدگذاری و طبقه‌بندی از داده‌های خام و استخراج مفاهیم و مقولات اصلی و روابط بین آن‌ها در چارچوب یک تئوری محقق ساخته است که با توجه به شرایط و موقعیت پژوهش نسبت به ارائه آن اقدام خواهد

1. grounded theory
3. Creswell
5. Theoretical sensitivity
7. axial coding
9. Cohen
11. Core Category
13. Creswell

2. Strauss
4. Ridenour & Newman
6. open coding
8. selective coding
10. O'Leary
12. Given

می‌شود. ۴. فرایندها و تعاملات: بیانگر رفتارها، واقعیت‌ها و تعاملات هدف‌داری هستند که تحت تأثیر شرایط مداخله‌گر و شرایط زمینه‌ای، حاصل می‌شوند. استراتژی‌های ایجاد شده برای کنترل، اداره و برخورد با پدیده‌ای، تحت شرایط مشاهده شده‌ای خاص هستند. ۵. پیامد: نتیجه و حاصل فرایندها و تعاملات هستند (استراتوس و کوربین، ۲۰۰۸). مراحل و روش انجام پژوهش را به‌طور خلاصه می‌توان در هولوگرام ۱ مشاهده کرد. این مراحل روش پژوهش در فاز نخست این تحقیق را نشان می‌دهد.

با توجه به استفاده از روش نظریه زمینه‌ای، نمونه‌ای با تعداد محدود (۱۲ نفر) در نظر گرفته شد که شامل

می‌شود. ۴. فرایندها و تعاملات: بیانگر رفتارها، واقعیت‌ها و تعاملات هدف‌داری هستند که تحت تأثیر شرایط مداخله‌گر و شرایط زمینه‌ای، حاصل می‌شوند. استراتژی‌های ایجاد شده برای کنترل، اداره و برخورد با پدیده‌ای، تحت شرایط مشاهده شده‌ای خاص هستند. ۵. پیامد: نتیجه و حاصل فرایندها و تعاملات هستند (استراتوس و کوربین، ۲۰۰۸). مراحل و روش انجام پژوهش را به‌طور خلاصه می‌توان در هولوگرام ۱ مشاهده کرد. این مراحل روش پژوهش در فاز نخست این تحقیق را نشان می‌دهد.

با توجه به استفاده از روش نظریه زمینه‌ای، نمونه‌ای با تعداد محدود (۱۲ نفر) در نظر گرفته شد که شامل

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مصاحبه

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

ابزار سنجش

۲. **مقیاس ۲۴ آیتمی همیلتون:** این آزمون استاندارد برای اختلال افسردگی است. چندین مطالعه به بررسی پایایی درونی نسخه‌های متفاوت HAM-D پرداخته‌اند و نتایج دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۲ نشان داده است. نائل آمدن به ضریب آلفای بالاتر با استفاده از مصاحبه ساختاریافته عملی می‌شود. مطالعات متعدد ضریب پایایی درونی ۰/۸۳ برای HAM-D-17 و ۰/۸۸ برای HAM-D-24 به دست آورده است (آکدمیر، ارسل، داگ، ترک‌آپارو ازبای، ۱۹۹۶).

۳. **مصاحبه باز و نیمه ساختارمند:** در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از ابزار مصاحبه باز و نیمه ساختارمند با

۱. **مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های افسردگی مزمین در DSM-5 (Scid-5-cv):** ابزارهای جهت تشخیص‌گذاری است که نسخه پیشین آن توسط فرست، گیبون، اسپیتزر، ویلیامز و بنجامین^۴ (۱۹۹۷) تهیه شد. پایایی SCID برای اختلال‌های محور I در DSM-IV را از طریق باز آزمایی مجدد روی گروهی، توسط هفت مصاحبه‌گر بررسی کردند و ضریب کاپای قابل قبول ۰/۷ را گزارش نمودند. در این پژوهش از نسخه جدید مایکل، فرست، ژانت، ویلیامز، رواندا و کارج^۵ (۲۰۱۶) استفاده شده است.

1. Hamilton Rating Scale for Depression

3. Structured Clinical Interview for DSM-5

5. Michael . First, Janet B. Williams, Rhonda, Karg

2. Miller,, Bishop, Norman & Keitne

4. First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin

6. Akdemir, Örsel, Dağ, Türkçapar, İşcan, Özbay

صاحب‌نظران و مبتلایان به افسردگی مزمن استفاده شده است. مصاحبه با سؤالات باز و به‌صورت نیمه ساختاریافته انجام گرفت و مصاحبه شونده مختار بود تا آنجا که تشخیص می‌دهد، به سؤالات پاسخ دهد و مقوله‌ها را توصیف و تشریح نموده و دلایل اقدامات و جستجوی خود را به زبان بیاورد. مدت هر مصاحبه با توجه به میزان تمایل پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. همچنین در مصاحبه از افراد خواسته شد تا ضمن بیان وضعیت زندگی، سبک زندگی‌اش، مشکلات روانی و اجتماعی خود را، همراه با مروری بر گذشته و سوابق بیماری‌اش تشریح نماید.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

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

ابتدا مطالعات نظریه گسترده‌ای پیرامون موضوع انجام گرفت و سپس نمونه تحقیق انتخاب گردید و داده‌ها که از طریق مصاحبه حاصل گشته بود، در طی فرآیند تحقیق مبتنی بر نظریه زمینه‌ای استخراج بر اساس هدف این پژوهش استخراج شد و روابط مفاهیم و مقوله‌ها تبیین گردید.

یافته‌ها

این پژوهش با هدف واکاوی و شناخت آسیب‌های مرتبط با افسردگی مزمن و ارائه یک نظریه زمینه‌ای انجام شده است که برای رسیدن به این مهم در مرحله کدگذاری باز جهت اطمینان و دقت بیشتر، در دو مرحله نسبت به کدگذاری مفاهیم اولیه اقدام شده است که در مرحله نخست تعداد ۵۹ مفهوم از مصاحبه با بیماران مبتلا به افسردگی مزمن استخراج گردید. سپس این مفاهیم در مرحله دوم کدگذاری باز، جهت انسجام بیشتر در قالب ۲۱ مفهوم انتزاعی‌تر کدگذاری شدند. در مرحله بعد که کدگذاری محوری نامیده می‌شود مفاهیم اولیه استخراج شده در مرحله قبل (کدگذاری باز) در قالب

مقوله عمده طبقه‌بندی شدند، این مقولات عمده از لحاظ انتزاعی بودن در سطح بالاتری نسبت به مفاهیم مرحله قبل قرار دارند و شامل: عوامل خلق‌وخو، عوامل شغل و تحصیل و مالی، عوامل شناختی، عوامل تنظیم هیجانی، عوامل جسمانی، عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی، عوامل رفتاری و عوامل درمانی می‌باشند. مقوله افسردگی مزمن به‌عنوان مقوله هسته‌ای در این مرحله استخراج گردید. تشابه لغوی بین برخی مفاهیم و مقوله‌های به‌دست آمده از دیدگاه روش‌شناسی نظریه زمینه‌ای ایرادی ندارد. در بسیاری از موارد برخی مفاهیم ممکن است در تولید مقوله عمده به کار رفته و یا در سطحی بالاتر مقوله هسته‌ای ممکن است با یک یا چند مقوله عمده دارای تشابه لغوی باشد. این مفاهیم و مقولات محوری و مقوله هسته‌ای به تفکیک در جدول ۳ ذکر شده‌اند. در جدول ۳، نتایج حاصل از کدگذاری باز، محوری و گزینشی مفاهیم استخراج شده از مصاحبه‌ها ارائه شده است. کدگذاری مفاهیم استخراج شده از مصاحبه‌ها در فرآیند نظریه زمینه‌ای نشان داد؛ عوامل خلق‌وخو، عوامل شغل، تحصیلی و مالی، تنظیم هیجانی، جسمانی، خانوادگی و روابط اجتماعی، رفتاری و عوامل مربوط به درمان، در اختلالات افسردگی مزمن نقش دارد. تبیین این عوامل این‌گونه بود:

۱. **عوامل خلق‌وخو:** اذعان جملاتی چون؛ (همواره احساس کم‌حوصلگی دارم)، (مدام اضطراب دارم)، در کنار نمودی از (خمودگی بدنی و تظاهر دائمی غم در چهره) در اغلب بیماران مشاهده می‌گردد. همچنین بیان (من باید به خواسته‌هایم می‌رسیدم) و یا (نباید زندگی این‌طور باشد بلکه...) نشانی از وجود خلق‌کمال‌گرا است. در مجموع عوامل خلق‌وخو را می‌توان در دودسته کلی خلق مضطرب و غمگین و نیز کمال‌گرایی قرار داد.

۲. **عوامل شغلی، تحصیلی و مالی:** وجود عدم علاقه‌مندی شغلی با اذعان به این جمله که (من از شغلم بدم می‌آید)، در کنار (در شغلم موفق نبوده‌ام) یا (در تحصیلاتم عقب‌افتاده‌ام) و نیز (همواره دغدغه‌های مالی زیادی دارم)، را می‌توان در دو دسته نارضایتی از وضعیت شغل و تحصیل و نیز مشکلات مالی جای داد که تبیین‌کننده عنوان این طبقه‌اند.

۳. عوامل شناختی: این مقوله خود شامل این مفاهیم است؛

۱. خودپنداره ضعیف: بیان جملاتی چون (همواره احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی هستم) و نیز مدام احساس گناه دارم) و (زیاد خود را سرزنش می‌کنم)، تبیین‌کننده خودپنداره ضعیف در بیماران است. ۲. مشکل در باورمندی‌های مذهبی: همچنین بیان (اغلب وقت خود را صرف مسائل مذهبی می‌کنم) و یا (معتقد به سختگیری زیادی در انجام امور مذهبی‌ام هستم) و (از بی‌ایمانی آدم‌ها بسیار عذاب می‌کشم)، افراط در نگرش‌های مذهبی و اصولگرایی در آن را نشان می‌دهد. همچنین بیان (به هیچ چیزی معتقد نیستم) و (همه چیزهای گفته شده از دین را بیخودی می‌دانم و قبول ندارم)، نمادی از افراط در نگرش‌های غیرمذهبی است. درمجموع این‌ها نشان از مشکل در باورمندی‌های مذهبی را در بیماران دارند. ۳. منفی‌گرایی: بیان جملاتی چون؛ (به همه بدبینم)، (همواره خاطرات منفی به یاد می‌آیند)، (همواره بیش‌ازحد نگرانی در خصوص مشکلات عادی زندگی‌ام دارم) و (از تغییر می‌ترسم)، نمونه‌هایی از مفهوم منفی‌گرایی در بیماران می‌باشند. ۴. افراط در مطالبات ذهنی از دیگران: بیان (از اطرافیانم انتظار دارم که...) نشان‌دهنده انتظارات ذهنی زیاد از دیگران و نیز انتظارات ذهنی بالا از خانواده است. این موارد نشان‌دهنده افراط در مطالبات ذهنی از دیگران است. ۵. ناامیدی: جملاتی چون؛ (مدام به مرگ فکر می‌کنم)، (دوست دارم بمیرم) و نظایر آن، افکار مکرر مرگ، انتظار همیشگی برای مرگ و تمام شدن و ناامیدی را نشان می‌دهند. ۶. وسواس فکری: (همواره فکرم درگیر است) اشتغالات ذهنی پراکنده و زیاد را نشان می‌دهد که نمادی از وسواس فکری است. ۷. تمایل ذهنی به تنهایی: جملاتی چون (دوست دارم تنها باشم) و (دوست ندارم به کسی نزدیک باشم) و نظایر این موارد نشان‌دهنده تمایل ذهنی به تنهایی و نیز عدم تمایل ذهنی به روابط صمیمانه با اعضای خانواده است.

۴. عوامل تنظیم هیجانی: شامل ۲ مورد عمده است.

۱. مشکل در عاطفه مثبت و منفی فرد: بیان جمله (هیچ واکنش خاصی به موضوعات ندارم) نمودی از بی‌احساسی در واکنش‌ها است. در همین حال (از کوچک‌ترین چیزی حلم منقلب می‌شود)، (زود بی‌دلیل گریه می‌کنم) و نظایر این موارد، نمونه‌هایی از افراط در واکنش‌های احساسی هستند.

(از هیچ چیزی لذت نمی‌برم) نیز فقدان احساس لذت را نشان می‌دهد. این موارد نشان‌دهنده وجود مشکل در عاطفه مثبت و منفی فرد بیمار است. ۲. مشکل در کنترل و خشم: جملاتی چون؛ (احساس می‌کنم نمی‌توانم خودم را کنترل کنم)، (بارها نتوانستم جلوی عصبانیتم را بگیرم) نشان‌دهنده مشکل در کنترل تکانه است. درعین حال پرخاشگری‌های نامتناسب با شرایط اغلب در افراد مطرح می‌گردد. این موارد نیز درمجموع نشان دهند مشکل در کنترل و خشم در بیماران می‌باشند.

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

۶. عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی: این مقوله شامل؛

۱. مشکلات خانوادگی: (در خانه اصلاً آرامش نداریم)، (مدام دعوا و تنش پیش می‌آید) نشان از وجود تنش در خانواده دارد. همچنین بیان (با همسر همیشه مشکل داشتم)، (از رابطه با او اصلاً خوشم نمی‌آید)، (از لحاظ جنسی واقعاً ضعیفم)، (رفتار همسر همواره تحقیرکننده من است)، (همسر فردی عصبی و بدخلق است) نمونه‌هایی از؛ نارضایتی زناشویی، مشکلات جنسی و مشکلات رفتاری همسر فرد بیمار می‌باشند. درمجموع این موارد نمودی از مفهوم مشکلات خانوادگی بیماران می‌باشند. ۲. اشکال در روابط اجتماعی: (در ارتباط برقرار کردن با کسی ناکام هستم)، (نمی‌توانم روابطم را با کسی که به او علاقه‌مندم، نگاه دارم)، نشانی از شکست در روابط عاطفی بیمار است. همچنین نداشتن دوست نزدیک، مشکل در برقراری روابط و مهارت آن و نیز عدم ارتباط با اقوام و آشنایان، در افراد بیمار نشان‌دهنده وجود اشکال در روابط اجتماعی است. ۳. سابقه افسردگی در خانواده: بررسی از تاریخچه روانی سوابق خانوادگی به‌خصوص والدین نشان‌دهنده وجود سابقه خانوادگی افسردگی در اغلب بیماران بوده است.

۷. عوامل رفتاری: این مقوله شامل؛ ۱. مشکلات خواب: خواب زیاد، خواب کم و سبک در گزارش‌گیری از بیماران

ثبت گردید. ۲. بی‌توجهی به شرایط خود: عدم رسیدگی به پوشش و ظاهر، عدم توجه به رسیدگی‌های بهداشتی، بی‌توجهی به وضعیت جسمی و عدم توجه به تغذیه مناسب و وعده‌های غذایی در موارد ثبت‌شده از اغلب بیماران مشاهده می‌شود. ۳. مشکل در سبک زندگی: عدم به اتمام رساندن فعالیت‌ها، روزمرگی زیاد در زندگی، مصرف مواد آرام‌بخش و اعتیاد، مشکل در برنامه‌ریزی و نظم در کارها، بی‌هدفی، عدم برنامه‌ریزی تفریحی و زندگی منزوی از مواردی است که تعیین‌کننده سبک زندگی بیماران بوده و توسط آن‌ها گزارش شده است.

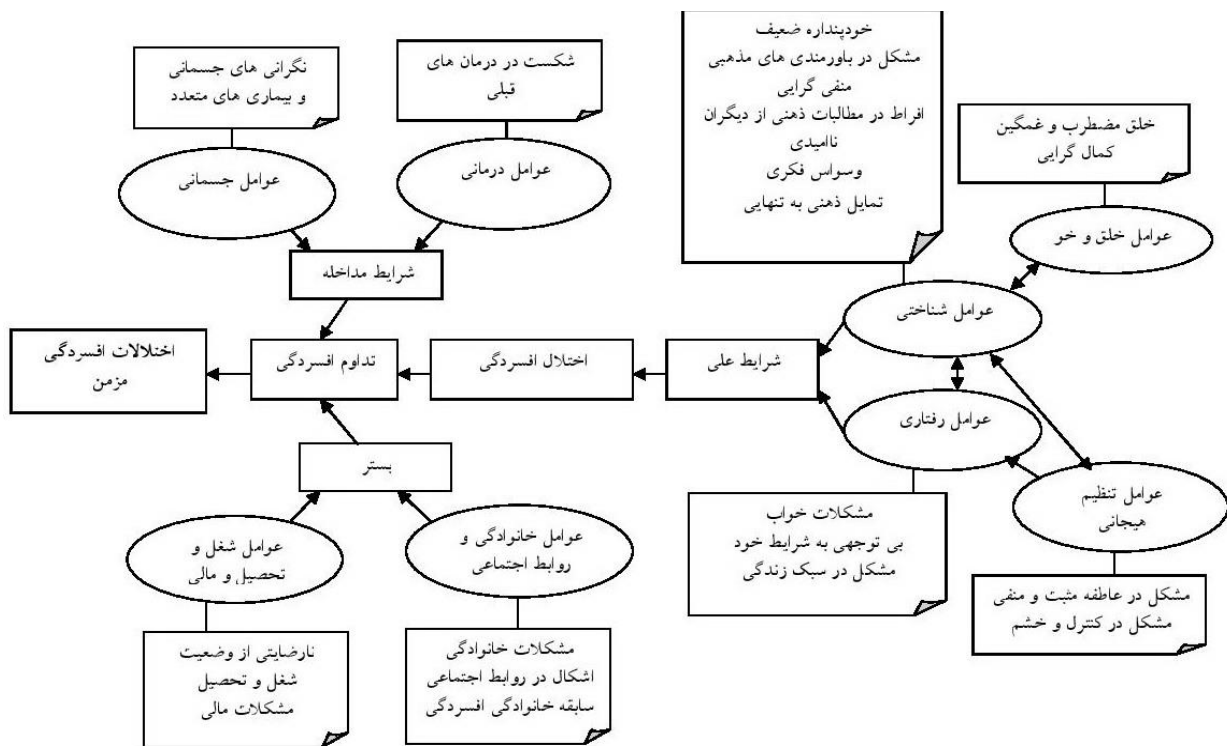
۸. عوامل درمانی: در بیماران اغلب مصرف طولانی مدت داروهای ضدافسردگی مشاهده شد. همچنین ایشان ناامیدی زیادی به فرآیندهای درمانی داشته و نیز دوره‌های متعدد درمانی را گذرانده بودند. ضمن آنکه اغلب سوابق قبلی از انواع افسردگی را تجربه نموده بودند. در مجموع این موارد باعث شکل‌گیری مفهومی به نام شکست در نمایش قبلی در بیماران است.

موارد مذکور به شکل مستقیم و غیرمستقیم منجر به واکنش و پاسخی به‌عنوان راهبرد می‌گردد. مورد راهبردی پیش رو در برابر این تداوم افسردگی است که پیامدش ایجاد اختلال افسردگی مزمن است.

بر اساس مراحل انجام تحقیق در مرحله سوم کدگذاری یعنی کدگذاری انتخابی بر اساس این مقولات یک نظریه زمینه‌ای در قالب مدل پارادایم در شکل ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. مفاهیم، مقولات و مقوله هسته استخراج شده از داده‌های خام مصاحبه‌ها

| مفاهیم کدگذاری باز | کدگذاری محوری | مقوله هسته |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| سطح اول | سطح دوم | |
| کم حوصلگی | | |
| خلق اضطرابی | | |
| خمودگی بدنی | | |
| تظاهر دائمی غم در چهره | | |
| خلق کمال‌گرا | خلق مضطرب و غمگین | عوامل خلق و خو |
| عدم علاقه‌مندی شغلی | کمال‌گرایی | |
| شکست شغلی | نارضایتی از وضعیت شغل و تحصیل | عوامل شغل و تحصیل و مالی |
| شکست تحصیلی | مشکلات مالی | |
| مشکلات مالی در زندگی | | |
| احساس خودکم‌بینی | | |
| احساس بی‌ارزشی | خودپنداره ضعیف | |
| احساس گناه و سرزنش خود | | |
| افراط در نگرش‌های مذهبی و اصولگرایی در آن | مشکل در باورمندی‌های مذهبی | |
| افراط در نگرش‌های غیرمذهبی | | |
| بدگمانی به دیگران | | |
| مرور خاطرات منفی | منفی‌گرایی | |
| نگرانی در خصوص مشکلات عادی اجتماعی | | |
| احساس ترس از تغییرات | | |
| انتظارات ذهنی زیاد از دیگران | افراط در مطالبات ذهنی از دیگران | عوامل شناختی |
| انتظارات ذهنی بالا از خانواده | | |
| افکار مکرر مرگ | | |
| انتظار همیشگی برای مرگ و تمام شدن ناامیدی | ناامیدی | |
| اشتغالات ذهنی پراکنده و زیاد | وسواس فکری | |
| تمایل ذهنی به تنهایی | تمایل ذهنی به تنهایی | |
| عدم تمایل ذهنی به روابط صمیمانه با اعضای خانواده | | |
| بی‌احساسی در واکنش‌ها | مشکل در عاطفه مثبت و منفی | عوامل تنظیم هیجانی |
| افراط در واکنش‌های احساسی | | |
| فقدان احساس لذت | | |
| احساس مشکل در کنترل تکانه | مشکل در کنترل و خشم | |
| پرخاشگری‌های نامتناسب با شرایط | | |
| ضعف مکرر جسمی | نگرانی‌های جسمانی | عوامل جسمانی |
| بیماری‌های جسمی مکرر | | |
| وجود تنش در خانواده | | |
| نارضایتی زناشویی | مشکلات خانوادگی | عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی |
| مشکلات جنسی | | |
| مشکلات رفتاری همسر | | |
| شکست در روابط عاطفی | | |
| نداشتن دوست نزدیک | اشکال در روابط اجتماعی | |
| مشکل در برقراری روابط و مهارت آن | | |
| عدم ارتباط با اقوام و آشنایان | سابقه خانوادگی افسردگی | عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی |
| سابقه افسردگی در خانواده | | |
| خواب زیاد | مشکلات خواب | |
| خواب کم و سبک | | |
| عدم رسیدگی به پوشش و ظاهر | | |
| عدم توجه به رسیدگی‌های بهداشتی | بی‌توجهی به شرایط خود | عوامل رفتاری |
| بی‌توجهی به وضعیت جسمی | | |
| عدم توجه به تغذیه مناسب و وعده‌های غذایی | | |
| عدم به اتمام رساندن فعالیت‌ها | | |
| روزمردگی زیاد در زندگی | | |
| مصرف مواد آرام‌بخش و اعتیاد | مشکل در سبک زندگی | |
| مشکل در برنامه‌ریزی و نظم در کارها | | |
| بی‌هدفی | | |
| عدم برنامه‌ریزی تفریحی | | |
| زندگی منزوی | | |
| مصرف طولانی مدت داروهای ضدافسردگی | شکست در نمایش قبلی | عوامل درمانی |
| ناامیدی به فرایندهای درمانی | | |
| گذراندن دوره‌های متعدد درمانی | | |
| داشتن سوابق قبلی از انواع افسردگی | | |



شکل ۱. الگوی آسیب‌پذیری روانی و اجتماعی اختلالات افسردگی مزمن بر اساس مفاهیم و مقوله‌ها

و موارد بهداشتی در کنار اعتیاد به نوعی از داروها و بی‌برنامه بودن و بی‌هدفی در زندگی و مشکل خواب از مجموع عوامل رفتاری بودند که در بیش از ۸۰ درصد مصاحبه‌کنندگان مشترک بودند. طبیعی بود که بی‌احساسی در واکنش، مشکل در کنترل تکانه به‌عنوان عوامل هیجانی و نیز کم‌حوصلگی و داشتن خلق مضطرب و نمود خمودگی و غم در بدن و چهره می‌توانست متأثر از دو عامل رفتاری و شناختی قلمداد گردد.

۲. شرایط مداخله: از مفاهیم مستخرج از مصاحبه‌ها عوامل درمانی و جسمانی در تداوم افسردگی نقش مهمی داشتند. مصرف طولانی‌مدت داروهای ضدافسردگی در تمام موارد گزارش شد. به جز ۲ مورد، همه مصاحبه‌شوندگان ناامید به درمان بوده، ضمن داشتن سوابق قبلی انواع افسردگی، تشخیص نامناسب، درمان نامناسب‌تر را تجربه نموده بودند. این موضوع در کنار گزارش ۸ نفر از مصاحبه‌کنندگان در خصوص مشکلات گوارشی، دردهای مزمن و بیماری‌های متعدد و ناامیدی حاصل شده از آن‌ها به‌عنوان عواملی است که تداوم افسردگی را در پی داشته است.

۱. شرایط علی: منطبق با مصاحبه با شرکت‌کنندگان، عوامل شناختی (شامل؛ خودپنداره ضعیف، مشکل در باورمندی‌های مذهبی، منفی‌گرایی، افراط در مطالبات ذهنی در دیگران، ناامیدی، وسواس فکری و تمایل ذهنی به‌تنهایی) و عوامل رفتاری شامل؛ (مشکلات خواب، بی‌توجهی به شرایط خود و مشکل در سبک زندگی) دو علت اصلی در اختلال افسردگی تلقی می‌شود که عوامل شناختی خود در تعامل با عوامل خلق و خو (خلق مضطرب و غمگین و کمال‌گرایی و عوامل تنظیم هیجانی) مشکل در عاطفه مثبت و منفی و کنترل و خشم) است و همچنین عوامل رفتاری متأثر از عوامل تنظیم هیجانی است که با مجموع عوامل شناختی در تعامل متقابل است. در این خصوص بیش از نیمی از مصاحبه‌شوندگان احساس خودکم‌بینی و کم‌ارزشی و احساس گناه را گزارش نمودند. در ۵ نفر از آن‌ها نیز اصول‌گرایی در نگرش‌های مذهبی یا غیرمذهبی گزارش می‌شد بدگمانی، ترس از تغییرات و بازنگری خاطرات منفی در اغلب مصاحبه‌کنندگان ابراز می‌گردید. اما تقریباً در تمام ایشان توقع ذهنی بالا از خانواده و دیگران و ناامیدی دیده می‌شد. از لحاظ تظاهرات بالینی عدم رسیدگی به پوشش و وضعیت جسمانی و تغذیه

می‌کنند (کلر، کلین، هریسفلد، مک کالج میلر، فیرست، هولزر و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین در افسردگی مزمن، شکایت‌های مربوط به انرژی و خستگی به نظر متداول‌ترند و نسبت به سایر نشانه‌ها ناتوان‌کننده‌تر. این ترکیب ناامیدی، خلق پایین غیرقابل کنترل، خستگی و فقدان پاسخ به نمایش قبلی کافی است تا پرشوق‌ترین درمانگران را هم افسرده کند. بروک میر، کالسا، هاتزینگر، بنت و بکن استراس^۱ (۲۰۱۵) نشان دادند اجتناب از رفتارهای اجتماعی و عاطفی در افراد دارای افسردگی مزمن بیشتر از افسردگی دوره‌ای گزارش شده است. همچنین در تحقیقات اخیر مشکلات خانوادگی، اضطراب در دوران کودکی و عزت‌نفس پایین و مشکلات در اوایل دوران بلوغ با افسردگی مزمن (آنگست، گاما، روزلر، آژامیس و کلاین^۲، ۲۰۱۱) در ارتباط است. نتیجه یک تحلیل گزارش می‌دهد که بدرفتاری در دوران کودکی با افزایش خطر ابتلا به افسردگی مزمن و عدم پاسخ در طول درمان در ارتباط است (نانی، اهر و دانس^۳، ۲۰۱۲). همچنین بین افسردگی مزمن و اختلالات شخصیتی محور دوم رابطه وجود داشته است (مادوکس^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ ریسو و همکاران، ۲۰۰۲). آگوستی^۵ (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای نشان داد که وجود اختلال هراس^۶، اختلال اضطراب منتشر^۷، اختلالات شخصیت شاخه B و سابقه سوءاستفاده فیزیکی^۸ با کاهش احتمال بهبودی افسردگی مزمن در ارتباط بوده است. لذا این مطالعه در راستای واکاوی و شناخت آسیب‌های مرتبط با افسردگی مزمن و ارائه یک نظریه زمینه‌ای انجام شد. مفاهیم اولیه استخراج شده در مرحله قبل (کدگذاری باز) در قالب ۸ مقوله عمده طبقه‌بندی شدند، این مقولات عمده از لحاظ انتزاعی بودن در سطح بالاتری نسبت به مفاهیم مرحله قبل قرار دارند و شامل: عوامل خلق‌و‌خو، عوامل شغل و تحصیل و مالی، عوامل شناختی، عوامل تنظیم هیجانی، عوامل جسمانی، عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی، عوامل رفتاری و عوامل درمانی می‌باشند. مقوله افسردگی مزمن به‌عنوان مقوله هسته‌ای در این مرحله استخراج گردید. نتایج حاصل از کدگذاری باز، محوری و گزینشی مفاهیم استخراج شده از مصاحبه‌ها را شامل ۸ مورد نشان داد؛

۳. **زمینه‌ها:** بستر افسردگی برای مزمن شدن نیاز به دو عامل؛ خانوادگی و روابط اجتماعی و نیز شغلی و تحصیلی و مالی داشته است. حداقل بیش از نیمی از مصاحبه‌شوندگان، وجود مشکلات خانوادگی چون؛ نارضایتی زناشویی، تنش در خانواده، مشکلات جنسی، مشکلات عاطفی و مشکلات رفتاری همسر را گزارش نمودند. ۹۰ درصدشان بدون دوست نزدیک بوده و اغلبشان توانایی مهارت ارتباط با دیگران را در خود، ضعیف دانسته و از ارتباط با اقوام و خانواده امتناع می‌نمودند. در حدود ۵۰ درصد نیز در یکی از بستگان نزدیک، وجود افسردگی را گزارش کردند. در کنار این موضوع شکست شغلی و مشکلات اقتصادی و عدم تعلق شغلی فرد، بستر دیگری برای تداوم افسردگی است که بر بی‌انگیزگی و ناامیدی می‌افزاید. همه شرکت‌کنندگان شاغل در مصاحبه، از شغلشان ابراز نارضایتی فراوان داشته و ۲ نفر از مصاحبه‌کننده‌ها تحصیلاتشان را به پایان نرسانده و سایرین یا به آن بی‌ رغبت و یا نسبت به رشته تحصیلی خود ابراز نارضایتی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

بین افسردگی مزمن و حاد تفاوت‌هایی از نظر نشانه‌های موجود، وجود دارد. به لحاظ روان‌شناختی، بیماران مبتلا به افسردگی مداوم، به‌طور تغییرناپذیری درمانده و ناامیدند (تیز، ۱۹۹۴). برای بسیاری از بیماران، فقدان انگیزه و فقدان لذت، نسبت به حالت‌های خلقی منفی حاد، شدیدتر است. بیماران معمولاً نشانه‌هایشان را طوری که کاملاً خارج از کنترلشان است، تجربه می‌کنند: آن‌ها احساس می‌کنند که قدرت تغییر زمینه پایدار خلق پایینشان را ندارند و ممکن است "بدون هیچ دلیلی" اوج شدت هیجان‌های ناخوشایند مختلف را تجربه کنند. این فقدان کنترل اغلب به درماندگی و انفعال می‌انجامد. بنابراین، بسیاری از بیماران از نقش‌ها یا عملکردهای مهمشان دست می‌کشند یا در شرایط مخاطره‌آمیزی قرار می‌گیرند. علی‌رغم این فقدان کنترل ادراک‌شده بیماران اغلب خودشان را، هم به خاطر افسردگی و همه خاطر مشکلات بیرونی، سرزنش و احساس گناه

1. Brockmeyer, Kulesa, Hautzinger, Bents & Backenstrass
3. Nanni, Uher & Danese
5. Agosti
7. generalized anxiety disorder

2. Angst, Gamma, Rossler, Ajdacic & Klein
4. Maddux
6. panic Disorder
8. history of physical abuse

که شامل وجود سابقه خانوادگی افسردگی در اغلب بیماران بود.

۷. عوامل رفتاری: این مقوله شامل؛ ۱. مشکلات خواب؛ خواب زیاد، خواب کم و سبک. ۲. بی‌توجهی به شرایط خود؛ عدم رسیدگی به پوشش و ظاهر، عدم توجه به رسیدگی‌های بهداشتی، بی‌توجهی به وضعیت جسمی و عدم توجه به تغذیه مناسب و وعده‌های غذایی. ۳. مشکل در سبک زندگی: عدم به اتمام رساندن فعالیت‌ها، روزمرگی زیاد در زندگی، مصرف مواد آرام‌بخش و اعتیاد، مشکل در برنامه‌ریزی و نظم در کارها، بی‌هدفی، عدم برنامه‌ریزی تفریحی و زندگی بود.

۸. عوامل درمانی شامل؛ مصرف طولانی‌مدت داروهای ضدافسردگی و ناامیدی زیادی به فرآیندهای درمانی و گذراندن دوره‌های متعدد درمانی و نیز وجود سوابق قبلی از انواع افسردگی که باعث شکل‌گیری احساس شکست در نمایش قبلی بود.

همان‌طور که ذکر شد زمینه خانوادگی به‌عنوان یک عامل خطر ساز و خاص و کیفی برای افسردگی مزمن است. تاریخچه خانوادگی افسردگی، به‌احتمال ایجاد اختلالات افسردگی در افراد کمک‌نموده و موجب افزایش آسیب‌پذیری به افسردگی مزمن می‌گردد. از طرفی سابقه خانوادگی اختلالات شخصیت نیز عامل خطر ساز دیگری به‌خصوص برای افسردگی مزمن است. در کنار این موارد، مشکلات اولیه نیز عامل خطر ساز کمی است که البته بر طبق شواهد مطالعاتی با تأثیر بر سایر عوامل، آسیب‌پذیری را در افسردگی مزمن می‌افزاید (لیزاردی و کلین، ۲۰۰۰). هر سه عامل؛ زمینه خانوادگی افسردگی، تاریخچه خانوادگی در اختلالات شخصیت و نیز مشکلات اولیه، به‌نوعی بر خلق و شخصیت اثرگذاری مستقیمی دارند. شواهد تحقیقاتی حاکی از آن بود که کاهش عاطفه مثبت، افزایش بازداری رفتاری و عاطفه منفی، یک زمینه مناسب برای افسردگی مزمن ایجاد می‌کند. از طرفی نتایج مطالعه‌ای نشان داد که اختلالات شخصیتی موجب افزایش در بازداری رفتاری و عاطفه منفی است (کلارک و همکاران، ۱۹۹۹) و همچنین سابقه خانوادگی در افسردگی مزمن نیز به ایجاد شخصیت افسرده می‌انجامد (کلین و همکاران، ۱۹۹۹). مشکلات اولیه دوران رشد نیز به‌عنوان موردی است که تأثیر عمده‌ای بر برخی از اختلالات

۱. عوامل خلق‌وخو: که در بردارنده کم‌حوصلگی، اضطراب، خمودگی بدنی و تظاهر دائمی غم در چهره و وجود خلق کمال‌گرا و در مجموع در دودسته کلی خلق مضطرب و غمگین و نیز کمال‌گرایی بود.

۲. عوامل شغلی، تحصیلی و مالی: شامل؛ نارضایتی از وضعیت شغل و تحصیل و نیز عدم موفقیت در این موارد و وجود مشکلات مالی بود.

۳. عوامل شناختی: این مقوله خود شامل این مفاهیمی چون؛ ۱. خودپنداره ضعیف (حساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی) و نیز احساس گناه و سرزنش خود بود. ۲. مشکل در باورمندی‌های مذهبی شامل؛ افراط در نگرش‌های مذهبی و اصولگرایی و یا وجود بی‌اعتقادی بود. ۳. منفی‌گرایی شامل؛ بدبینی، مرور خاطرات منفی، نگرانی در خصوص مشکلات عادی زندگی و ترس از تغییر بود. ۴. افراط در مطالبات ذهنی از دیگران شامل؛ بیان انتظارات ذهنی زیاد از دیگران و نیز انتظارات ذهنی بالا از خانواده. ۵. ناامیدی شامل افکار مکرر مرگ، انتظار همیشگی برای مرگ و تمام شدن و ناامیدی بود. ۶. وسواس فکری شامل؛ اشتغالات ذهنی پراکنده و زیاد بود. ۷. تمایل ذهنی به‌تنهایی شامل؛ تمایل ذهنی به‌تنهایی و نیز عدم تمایل ذهنی به روابط صمیمانه با اعضای خانواده بود.

۴. عوامل تنظیم هیجانی: شامل ۲ مورد؛ ۱. مشکل در عاطفه مثبت و منفی فرد (بی‌احساسی در واکنش‌ها و افراط در واکنش‌های احساسی و فقدان احساس لذت) ۲. مشکل در کنترل و خشم شامل؛ مشکل در کنترل تکانه و پرخاشگری‌های نامتناسب با شرایط.

۵. عوامل جسمانی شامل؛ احساس ضعف، وجود ضعف مکرر جسمی، درگیری با یک بیماری در زمان طولانی، وجود درد و وجود بیماری‌های جسمی مکرر که نگرانی‌های جسمانی را در بردارد.

۶. عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی: این مقوله شامل؛ ۱. مشکلات خانوادگی که شامل؛ نارضایتی زناشویی، مشکلات جنسی و مشکلات رفتاری همسر فرد بیمار بود. ۲. اشکال در روابط اجتماعی که شامل؛ شکست در روابط عاطفی، مشکل در برقراری روابط و مهارت آن و نیز عدم ارتباط با اقوام و آشنایان بود. ۳. سابقه افسردگی در خانواده

همچنین بر اساس مراحل انجام تحقیق در مرحله سوم کدگذاری یعنی کدگذاری انتخابی بر اساس این مقولات یک نظریه زمینه‌ای در قالب مدل پارادایم سه بعد اساسی الگو شامل این موارد: ۱. شرایط علی: شامل عوامل شناختی و عوامل رفتاری، ۲. شرایط مداخله: شامل ناامیدی به درمان، ضمن داشتن سوابق قبلی انواع افسردگی، تشخیص نامناسب، درمان نامناسب، ۳. زمینه‌ها: شامل دو عامل؛ خانوادگی و روابط اجتماعی و نیز شغلی و تحصیلی و مالی.

تداوم افسردگی ناشی از وجود افسردگی است که خود به علل شناختی و رفتاری و هیجانی و خلق و خو ایجاد شده است. اما دوام آن تحت تأثیر چهار موضوع اصلی است. نخست عوامل درمانی، که مهم‌ترین موضوع در آن، تشخیص و درمان نامناسب است که تعدد دوره‌های درمانی را به همراه داشته و طبیعی است که موجب کاهش امید گردیده و از طرفی مصرف طولانی مدت داروها و تحت کنترل بودن طولانی مدت فرد افسرده با دارو، موجب احساس ناتوانی و کاهش عزت‌نفس او می‌گردد (مور و گارلند، ۲۰۰۳). همچنین عزت‌نفس به‌عنوان یک عامل پیش‌آیند یا آسیب‌پذیری برای افسردگی شناخته شده، اما تداوم افسردگی می‌تواند پیامدهای شدیدی برای عزت‌نفس فرد داشته باشد (اکسکال، هیرشفلد و یروانیان^۵، ۱۹۸۳). دوم، عوامل جسمانی چون: وجود بیماری‌های معمولاً توأمان با دردهای مزمن و تعدد آن‌ها در طول زندگی فرد، وی را همواره نگران و دلواپس نسبت به سلامتش می‌سازد و احساس توانمندی‌اش در مقابل وجود سایر مشکلاتی چون پیدایش افسردگی را بسیار پایین می‌آورد.

سوم، وجود مشکلات خانوادگی، سابقه افسردگی و ارتباطات اجتماعی در تداوم افسردگی نقش مهمی دارد. تحقیقات متعدد نشان می‌دهد، دوره‌های رفت و برگشتی افسردگی در افراد باسابقه وجود این اختلال در خانواده‌شان بیشتر از سایرین است (کلین، کلارک، دانسکی و مارگولیس^۶، ۱۹۸۸؛ گودمن، گولدستین، آدامز، هوروات، سوبین، ویکراماراتنه و همکاران^۷، ۱۹۹۴). همچنین مشکلات اجتماعی، اجتناب و انزوای بیشتر را به همراه داشته که فرد را

شخصیتی داشته (جانسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ زانارینی و همکاران، ۱۹۹۷) که این مورد از زمینه‌سازهای شخصیت افسرده محسوب می‌گردد. در این میان سبک شناختی و شیوه پردازش اطلاعات مانند سبک‌های اسنادی و حافظه سرگذشتی در کنار متغیرهای عمده‌ای چون مشکلات دوران اولیه کودکی (رز و همکاران، ۱۹۹۲؛ کوی کن و بروین، ۱۹۹۵) و سابقه خانوادگی افسردگی در ایجاد مزمن شدن افسردگی نقش دارند. با این حال سبک‌شناختی خود عامل مستقیم‌تری در ایجاد افسردگی است که خود متأثر از شخصیت و خلق افسرده بوده و با سبک روابط بین فردی، در تعامل مستقیم است. سبک روابط بین فردی با شخصیت مرتبط بوده (دیللو^۱، ۲۰۰۱) و به نظر می‌رسد تحت تأثیر زیاد سبک‌شناختی به‌خصوص سبک پاسخ‌های نشخواری است (نولن-هوگسما و داویز^۲، ۱۹۹۹). با این حال سبک روابط بین فردی نیز به‌عنوان عامل مستقیمی در ایجاد افسردگی مزمن محسوب می‌گردد که از طرفی می‌تواند با یک عامل مستقیم دیگر بنام استرس مزمن در ارتباط بوده و از سویی متأثر از شخصیت فرد باشد (بنجامین^۳، ۱۹۹۶). عامل استرس مزمن نیز خود متأثر از سایر حوادث مهم استرس‌زای زندگی (هارکنس و لوتر^۴، ۲۰۰۱) و ویژگی‌های شخصیتی و سبک روابط بین فردی و شناختی (هامن، ۱۹۹۱) بر ایجاد افسردگی مزمن اثر مستقیم دارد. بنابر آنچه ذکر شد در مجموع، سه عامل سبک‌شناختی، روابط بین فردی و استرس مزمن، نقش مستقیمی در افسردگی مزمن داشته که هر سه عامل، ضمن ارتباط با هم، متأثر از شخصیت و خلق بوده که از طرفی سابقه خانوادگی در افسردگی و اختلالات شخصیت و مشکلات اولیه دوران کودکی نیز، ضمن ارتباط تعاملی‌شان با هم، بر این شخصیت و خلق، به‌طور مستقیمی مؤثر است. موارد مذکور می‌توانند در مجموع موجب آسیب‌پذیری بالا در مقابل افسردگی مزمن در فرد گردد. درنهایت با مطالعه پژوهش‌های پیشین می‌توان دریافت که بسیاری از عوامل در افسردگی مزمن همچنان مورد بررسی قرار نگرفته و نیاز به انجام تحقیقات بیشتری در این زمینه است.

1. DiLillo
3. Benjamin
5. Akiskal, Hirschfeld, & Yerevanian
7. Goodman, Goldstein, Adams, Horwath, Sobin, Wickramaratne

2. Davis
4. Harkness, Luther
6. Klein, Clark, Dansky, Margolis

باعث می‌گردد خلق افسرده در آن زیاد تغییر نکند. اما همچنان نباید از نقش عوامل زیر بنایی چون مشکلات شناختی و رفتاری در پیدایش اولیه اختلال غافل بود. ضمن آنکه این دسته از مشکلات در شرایط تداوم افسردگی، تثبیت گردیده، تشدید گشته و خود موجب افزایش شدت خود اختلال افسردگی می‌گردند. تیزدیل^۹ (۱۹۸۳، ۱۹۸۸) و نولن-هوکسما^{۱۰} (۱۹۹۱) نظریه‌های شناختی را در مزمن شدن افسردگی، پیشنهاد نموده‌اند. فرضیات فعالیت افتراقی^{۱۱} تیزدیل نشان می‌دهد که سازه‌های منفی خاصی در فعال کردن افسردگی نقش دارند، که آن‌ها به نوبه خود باعث ایجاد تفسیر منفی از رویدادهای جدید می‌گردند. نظریه سبک پاسخ^{۱۲} نولن-هوکسما نیز نشان می‌دهد که نشخوار در پاسخ به خلق افسرده (در مقابل حل مسئله) تداوم بخش مدت افسردگی است. ایجاد افسردگی همچنین تحت تأثیر عوامل غیرمستقیم تری چون؛ خلق و تنظیم هیجانی رخ می‌دهد. واتسون و کلارک^{۱۳} (۱۹۹۵) این مفروضه را مطرح نمودند که عاطفه مثبت پایین و عاطفه منفی بالا، به صورت هسته اصلی در خلق افسرده در افراد مستعد به اختلالات افسردگی وجود دارد. در نهایت اگر همه این ابعاد منجر به ایجاد افسردگی گردند، آنگاه چهار عامل جسمانی، درمانی، خانوادگی/اجتماعی و شغلی/تحصیلی، موجب تداوم هر چه بیشتر آن می‌گردد. بنابراین در شرایط درمانی اختلال افسردگی مزمن، بهتر است اولویت و توجه نخستین در درمان، به این چهار مقوله باشد.

در حال نظریه زمینه‌ای حاصل از این پژوهش تبیین‌کننده آن است که؛ اختلال افسردگی عمدتاً ناشی از عوامل شناختی و رفتاری است که در تعامل با هم بوده و این عوامل خود متأثر از خلق و خو و عوامل تنظیم هیجانی‌اند و تداوم این اختلال با وجود شرایط مداخله‌ای؛ عوامل درمانی و جسمانی و نیز در زمینه عوامل خانوادگی و اجتماعی و عوامل شغلی، تحصیلی و مالی حاصل گردیده، که منجر به بروز نشانگان تشخیصی افسردگی مزمن می‌گردد.

از محرک‌هایی که می‌توانند او را از افسردگی دور نمایند، محروم می‌سازد. کوین^۱ بحث مفصلی را مطرح نموده که در آن استدلال نموده مشکلات بین فردی نقش مهمی در طولانی‌تر شدن دوره‌های افسردگی بازی می‌کند (کوین، ۱۹۷۶؛ جونور^۲ و کوین، ۱۹۹۹). با در نظر گرفتن نظریه کوین، فرد افسرده با توجه به آنکه به دنبال اطمینان یابی بیش از اندازه‌ای در خصوص عشق و حمایت است تأثیر منفی بر دیگران، به خصوص اعضای خانواده و دوستانش دارد. این خواسته‌های بیش‌ازحد، اغلب بیزارکننده^۳ شده و به‌عنوان آغازی بر فرسایش روابط مهم در زندگی فرد تلقی می‌گردند. بنابراین دریافت درک و حمایت از فرد افسرده کاهش یافته و از طرفی خواسته‌هایش را از دیگران شدت می‌بخشد، و در نتیجه یک چرخه معیوب و باطلی شکل می‌گیرد. از بین حوادث منفی زندگی، مشکلات زناشویی و بین فردی به‌ویژه در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن در مقایسه با افسردگی حاد شایع است (گوتلیب و هامن^۴، ۲۰۱۰). همچنین بر طبق نتایج مطالعات، تعداد بیشتر دوره‌های قبلی و سابقه خانوادگی در افسردگی، هردو تداوم افسردگی را پیش‌بینی کرده‌اند (اسکات^۵، ۱۹۸۸). چهارم، وضعیت مالی، شغلی و تحصیلی، چنانچه دارای شرایط نامطلوبی باشد، به دلیل درگیری عمده‌ای که هر فرد با این موضوعات در طی زندگی‌اش در زمانی طولانی دارد، می‌تواند همواره احساس نارضایتی و کاهش انرژی روانی را به دنبال داشته، که این موضوع موجب شکسته شدن مقاومت فرد در تقابل با افسردگی ایجاد شده، می‌گردد.

در مقایسه با افسردگی اساسی، افراد دارای افسرده خویی، به‌عنوان نوع مزمن افسردگی، سطح سازگاری پایین‌تر، پیش‌آگهی ضعیف‌تر، علائم ملانکولیک^۶ و صفات شخصیتی افسرده ساز بیشتری دارند (کلارک، بک و آلفورد^۷، ۱۹۹۹). مشکلات خانوادگی و شغلی این افراد بیشتر بوده و در روابط بین فردی مشکلات شدیدتری دارند (کلاین، نوردن، فرو، لیدر، کاش، اسکوارتز، آرنسون^۸، ۱۹۹۸) که این موضوعات

1. Coyne
3. aversive
5. Scott
7. Clark, Beck & Alford
9. Teasdale
11. differential activation hypothesis
13. Watson, Clark

2. Joiner
4. Gotlib & Hammen
6. Melancholic
8. Klien & Nordon & Ferro & Leader & Kasch & Schwartz & Aronson
10. Nolen-Hoeksema
12. response style theory

منابع

- project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 425e433.
- Goodman DW, Goldstein RB, Adams PB, Horwath E, Sobin C, Wickramaratne P, Weissman MM. (1995). Relationship between dysthymia and major depression: an analysis of family study data. *Depression* 2:252-258.
- Gottlib, C. & Hammen, F. (2010). *Handbook of depression*. 3rd ed. New York, Guilford Press; PP: 21-45, P3,.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Herzele, A. V. & Woerkum, C. M. (2008), "Local Knowledge in Visually Mediated Practice", *Journal of Planning Education and Research*, 27, 444-456.
- Joiner, T.E. (2000). Depression's vicious scree: self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clin Psychol Sci Pract* 7:203-218.
- Keller, M.B.; Klein, D.N.; Hirschfeld, R.M.A.; Kocsis, J.H.; McCullough, J.P.; Miller, I.; First, M.B.; Holzer, C.P.; Keitner, G.I.; Marin, D.B. & Shea, T. (1995). Results of the DSM-IV Mood Disorders Field Trial. *American Journal of Psychiatry*, 152, 843-849
- Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Klein, D.N.; Clark, D.C.; Dansky, L. & Margolis, E.T. (1988). Dysthymia in the offspring of parents with primary unipolar affective disorder. *J Abnorm Psychol* 97:265-274.
- Klein, D. N.; Arnow, B. A., Barkin, J. L.; Dowling, F.; Kocsis, J. H. & Leon, A. C. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 26(8), 701-710.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S.. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 872-880.
- Klien, D. N., Norden, K. A., Ferro, T., Leader, J. B., Kasch, K. L., Klien, L. M., Schwartz, J. E. & Aronson, T. A. (1998). Thirty month naturalistic follow up study of early onset dysthymic disorder: course, diagnostic stability, and prediction of outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 338-348
- Maddux, R. E., Riso, L. P., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Arnow, B. A., et al. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 174-179.
- Malogiannis, I.A.; Arntz, A.; Spyropoulou, A.; Tsartsara, E.; Aggeli, A.; Karveli, S.; Vlavianou, M.; Pehlivanidis, A.; Papadimitriou, G.N. & Akdemir, A.; Örsel, S.; Dag, İ.; Türkçapar, H.; İşcan, N. & Özbay, H. (1996). Hamilton dep-resyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*; 4:251-259.
- Akiskal, H.S.; Hirschfeld, R.M.A. & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: a critical review. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Angst, J.; Gamma, A.; Rossler, W.; Ajdacic, V. & Klein, D. (2011). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21-27.
- Brockmeyer, T.; Kulesa, D.; Hautzinger, M.; Bents, H.; Backenstrass, M. (2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *Affect*; 175, 418-423.
- Brown, G. W.; Craig, T. K. & Harris, T. O. (2008). Parental maltreatment and proximal risk factors using the childhood experience of care & abuse (CECA) instrument: a life-course study of adult chronic depression e 5. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 222-233.
- Cheng, Y. C.; Ng, K. H. & Mok, M. M. C. (2002), Economic Considerations in Education Policy Making: A Simplified Framework, *International Journal of Educational Management*, 16 (1), 18-39.
- Clark, L.A.; Watson, D. (1999). Temperament: a new paradigm for trait psychology. In: Pervin LA, John OP, eds. *Handbook of Personality: Theory and Research*. 2nd ed. New York: Guilford Press, pp 399-423.
- Coyne, J.C. (1976). Depression and the response of others. *J Abnorm Psychol* 43:43-48.
- Cuijpers, P.; Van Straten, A.; Schuurmans, J.; van Oppen, P.; Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62.
- Dowd, E. T. (2004). Depression: theory, assessment and new direction in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 413-423.
- Fennel, M., Bennet-Levy, J., & Watsbrok, D. (2004). In Benenet-Levy et al. (2004). *Cognitive Therapy*. New York: Oxford Press.
- First, M.B.; Gibbon, M.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Gilmer, W. S., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Luther, J., Howland, R. H., et al. (2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the star-d

- resistance? In W.A.Nolen, J. Zohar, S.P. Roose&J.D. Amsterdam(Eds), *Refractory Depression: Current Strategies and Future Directions*. Chichester, UK: John Wiley & Sons
- Torpey, D. C. & Klein, D. N. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 10(6), 458-464.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1995). *Depression and the melancholic temperament*. *Eur JPers* 9:351-366.
- Williams, J. M. G.; Chan, S.; Crane, C.; Barnhofer, T.; Eade, J. & Healy, H. (2006). Retrieval of autobiographical memories: the mechanisms and consequences of truncated search. *Cognition & Emotion*, 20, 351-382.
- Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 45(3), 319-29.
- Michael, B.; First, M.D.; Janet, B. W.; Williams, D.; Rhonda ,S.; Karg, P.; Robert, L& Spitzer, M.D.(2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association
- Miller, I.W.; Bishop, S.B.; Norman, W.H. & Keitner, G.I. (1985). Cognitive/behavioural therapy and pharmacotherapy with chronic, drug-refractory depressed inpatients: a note of optimism. *Behavioural Psychotherapy*, 13, 320-327.
- Moore, R. & Garland, A. (2003). *cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Wiley Editorial.
- Morris,B.H. (2005). Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies. *Br. J. Clin. Psychol*.48:255-273.
- Nanni, V.; Uher, R. & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 100:569-582.
- Paddock JR, Nowicki S. (1986). Paralanguage and the interpersonal impact of dysphoria: it's not what you say but how you say it. *Social behavior and Personality*;14, 29-44
- Riso, L. P., Miyatake, R. K., & Thase, M. E.. (2002). The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, 70(2),103-115.
- Scott, J. (1988). Chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 153, 287-297.
- Smit, F.; Cuijpers, P.; Oostenbrink, J.; Batelaan, N.; De Graaf, R. & Beekman, A. (2006).Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(4), 193-200.
- Stefos, G.; Bauwens, F.; Starter, L.; Pardoen, D.& Mendlewicz, J. (1996).Psychosocial predictors of major affective recurrences in bipolar disorder: a 4-year longitudinal study of patients on prophylactic treatment. *Acta Psychiatr Stand.*;93,420-426.
- Teadale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition Emotion* 2:247-274.
- Teasdale, J.D. (1983). Negative thinking in depression: cause effect or reciprocal relationship? *Adv Behav Res Ther* 5:3-26.
- Teasdale, J. D.; Segal, Z. V.; Williams, J. M. G.; Ridgeway, V. A.; Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Thase, M.E. (1994). The roles of psychosocial factors and psychotherapy in refractory depression: missing pieces in the puzzle of treatment