شاخص‌های کاربردی در رویکردهای درمانی اختلالات افسردگی مزمن

سید محمدرضا صمصام شریعت[1]، حمید طاهر نشاط‌دوست[2]، مهرداد کلانتری[2]، سید حمیدرضا عریضی سامانی[2]

مقاله مروری

چکیده

زمینه و هدف: بر اساس مطالعات انجام گرفته پیرامون تدوین درمانی اختصاصی و کاربردی در اختلالات افسردگی مزمن، محدودیت‌ها و نیز نارسایی‌های متعددی وجود دارد و شناسایی شاخص‌های کاربردی در رویکردهای درمانی قبلی می‌تواند موجب تدوین درمانی جامع و کاربردی در این اختلالات گردد.

مواد و روش‌ها: مقاله حاضر به روش مروری ساده (Narrative review) بود و بر این اساس، با بررسی تحقیقات پیشین مرتبط با این اختلالات، از پایگاه‌هایی مانند PubMed و ScienceDirect، رویکردهای درمانی و مهم‌ترین شاخص‌های کاربردی در درمان اختلالات افسردگی مزمن از ۷۱ مطالعه مداخله استخراج گردید.

یافته‌ها: بر اساس بررسی نتایج مطالعات قبلی، دانش مربوط به اثربخشی درمان‌های روانی- اجتماعی بر اختلال افسردگی مزمن با کمبودهای فراوانی همراه است و اغلب نتایج تعمیم داده شده در افسردگی مزمن مربوط به افسردگی اساسی می‌باشد. روان‌درمانی روان‌پویشی، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)، روان‌درمانی بین فردی (Interpersonal psychotherapy یا IPT)، روان‌درمانی تحلیلی شناختی- رفتاری، گروه درمانی و درمان خانواده محور بر افسردگی مزمن مؤثر بود. هرچند نقاط ضعف عمده‌ای در هر کدام وجود داشت. زمان محدود، ارایه منطق صریح برای درمان، موضع فعالانه درمانگر، تمرکز بر روی مشکلات کنونی، خودبازبینی از تغییر و پیشرفت، ارایه تکالیف منظم و نگهدارای از دستاوردها، ترکیب دارو، روان‌درمانی و مداخله مبتنی بر خانواده، عناصر مشترک حاصل از بررسی درمان‌های صورت گرفته در درمان اختلالات افسردگی مزمن بود.

نتیجه‌گیری: در مقایسه با پژوهش در درمان افسردگی اساسی، پشتوانه تحقیقاتی در روان‌درمانی برای افسردگی مزمن به نسبت جوان می‌باشد و نیاز به تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی، اختلال افسردگی، افسردگی مزمن

ارجاع: صمصام شریعت سید محمدرضا، نشاط‌دوست حمید طاهر، کلانتری مهرداد، عریضی سامانی سید حمیدرضا. **شاخص‌های کاربردی در رویکردهای درمانی اختلالات افسردگی مزمن.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۳۹۶-۳۸۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۱۸

مقدمه

در پیشینه‌ها چهار نوع افسردگی مزمن شامل اختلال افسرده‌خویی (Dysthymic disorder)، اختلال افسردگی اساسی مزمن (Major depressive disorder یا MDD)، افسردگی مضاعف یا افسردگی اساسی همراه با افسرده‌خویی (Double depression) و اختلال افسردگی اساسی بازگشتی با بهبودی ناقص بین دوره‌ها از هم متمایز شده است (۱). همچنین، در Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-5)، تشخیص مزمن بودن افسردگی بر اساس اختلال افسردگی مداوم یا دیس‌تایمی (Persistent depressive disorder) می‌باشد که شامل دو دسته تشخیصی افسردگی عمده مزمن و افسرده‌خویی است (۲). به نظر می‌رسد که ۲/۵ درصد از جمعیت بزرگسال در جامعه از افسردگی مزمن رنج می‌برند (۳) و در حدود ۲۰ درصد از تمام افراد افسرده با یک دوره مزمن در افسردگی مواجه می‌شوند (۴). افسردگی مزمن با افزایش اختلال در عملکرد همراه می‌باشد (۵) و سطوح بالاتری از استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های اقتصادی را در مقایسه با اشکال غیر مزمن از افسردگی به فرد تحمیل می‌کند (۶).

در عین حال، تحقیقات قابل توجهی تأثیرات طیف گسترده‌ای از روان‌درمانی‌های مختل، از جمله روان‌درمانی فردی (۸، ۷)، روان‌درمانی گروهی (۱۰، ۹) و درمان زناشویی/ خانواده (۱۲، ۱۱) را بر روی افسردگی اساسی نشان داده است. با این حال، دانش مربوط به اثربخشی درمان‌های روانی- اجتماعی بر اختلالات افسردگی مزمن (Chronic depressive disorder) با کمبودهای فراوانی همراه است؛ به گونه‌ای که مطالعات محدودی وجود دارد که به طور صریح اثر روان‌درمانی‌ها را بر این اختلال مورد بررسی قرار داده باشد (۱۳).

در خصوص این که چرا توسعه یک درمان مؤثر برای اختلالات افسردگی مزمن مهم و ضروری است، دلایل عمده‌ای وجود دارد (۱۴). اول این که حدود نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی به عنوان یکی از اشکال افسردگی

۱- دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: حمیدطاهر نشاط‌دوست
Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

مزمن، به داروهای ضد افسردگی پاسخ نمی‌دهند. دوم این که بسیاری از افـرادی که برای دارو درمانی انتخاب می‌شوند، به دلایل گوناگونی از جمله وجود عوارض جانبی غیر قابل تحمل، نمی‌توانند به آن ادامه دهنـد و در نتیجـه، بهتـر اسـت از روان‌درمانی استفاده گردد. سوم این که حتی در بسیاری از بیمـاران کـه بـه دارو درمانی پاسخ می‌دهند، اغلب بهره‌مندی از یک روان‌درمانی اضافه بر دارو درمانی همواره وجود داشته است. در نهایـت، شـواهد نشـان مـی‌دهـد کـه ترکیـب دارو درمانی و روان‌درمانی می‌تواند بهترین گزینه برای درمـان افسـردگی مـزمن بـه شمار رود (۱۷-۱۵). بنابراین، توسعه و ارزیابی روان‌درمانی مؤثر بـرای اخـتلالات افسردگی مزمن که به تنهایی یا در ترکیب بـا دارو درمـانی مـورد اسـتفاده قـرار گیرد، از نظر بالینی بسیار مهم است. در مطالعه حاضر، پیشـینه ادبیـاتی پیرامـون روان‌درمانی‌های انجام گرفته بر اختلالات افسردگی مزمن بـا توجـه بـه تعـاریف گسترده‌ای که از این اختلال وجود دارد، مورد بررسی قرار گرفت. همچنین، پـس از بررسی سایر روان‌درمانی‌ها بر افسردگی مزمن، به وجود مشترک این مطالعـات مبنی بر توصیه‌هایی کلی برای درمانگران و محققان پرداخته شـد. بررسـی ایـن تحقیقات کمک خواهد کرد که درمانگران به درک بهتـری در درمـان افسـردگی مزمن دست یابند.

مواد و روش‌ها

ایـن پـژوهش از نـوع مطالعـات سـاده، سـنتی یـا مـروری نقلـی (Narrative review) بود (۱۸). بر این اسـاس، بـا بررسـی تحقیقـات پیشـین در خصـوص اخـتلالات افسـردگی مـزمن، از پایگـاه‌هـایی همچـون PubMed و ScienceDirect، ۷۱ مقاله با روش مداخله بر این اختلالات استخراج گردید و رویکردهای درمانی و مهم‌ترین شاخص‌های کـاربردی در درمـان ایـن اخـتلال، مورد بررسی قرار گرفت و ارایه شد.

روان‌درمانی روان‌پویشی

از لحاظ تاریخی، تفکر روان‌کاوی مرتبط با افسردگی مزمن، به عنـوان تبیینـی از آسیب عملکردی شخصیت است و در نتیجه، با درمان روان‌پویشی نتیجه خواهـد داد. در تحقیقی، اثر شکل خاصی از روان‌درمانی پویشی بـا حمایـت روان‌درمـانی پویشی رسا (Supportive-expressive therapy) (۱۹) بر افسردگی مـزمن بررسی شد (۲۰). درمان حمایتی- رسا شکل مدرنی از درمان روان‌پویشـی اسـت که در آن از اصول سنتی روان‌پویشی در مدت زمان محدودی استفاده می‌شـود و بیش از سایر درمان‌های روان‌پویشی در حال حاضر مورد توجه اسـت (۱۹). ایـن درمان نشان می‌دهد که نشانه‌های افسردگی چگونه می‌تواند بـا تمرکـز بـر روی موضوع تعارض بین فردی از طریق انتقال در رابطه بیمار درمانگر آشـکار گـردد، اما نتایج مطالعه دیگر نشان داد کـه تفـاوت بسـیار کمـی بـین تـأثیرات درمـانی روان‌درمانی حمـایتی- رسـا بـه وجـود آمـده در گـروه‌هـای افسـردگی مـزمن و افسردگی حاد وجود دارد (۲۱، ۱۹). Taubner نیز در مطالعه خود بیان مـی‌کنـد که هدف از روان‌درمانی روان‌پویشی در روان‌کاوی، کار بـا خـاطرات ناخودآگـاه و آگاه با بیماران افسـرده، اصـلاح پایـداری از انتظـارات اجتمـاعی و شـکل‌گیـری راهبردهای منظم در برابر آسیب‌پذیری ناشی از ارتباطات است. نتایج این درمـان در پژوهش وی، تغییرات قابل توجهی در توانایی‌هـای پاسـخدهی و سـازماندهی روانی بیشتر را نشان داد (۲۲). البته با وجود این، نتـایج مثبـت و دلگـرم کننـده، محدودیت‌های ذاتی در روش (مانند حجم نمونه کوچک، عدم وجود گروه شـاهد و یا انتساب تصادفی)، مواردی است که باید در نظر گرفته شود.

درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)

شواهد قابـل تـوجهی در خصـوص اثربخشـی CBT در درمـان افسـردگی حـاد (۲۳، ۸) و نیز پیشگیری از عود آن (۲۷-۲۴) وجـود دارد. پشـتیبانی قـوی بـرای درمان افسردگی حاد با CBT باعث شده است که محققـان اثربخشـی آن را در درمان اختلالات افسردگی مزمن مورد بررسی قرار دهند. البتـه مطالعـات مـرتبط با این درمان را باید به دو دسته عمده تقسیم نمود. دسته اول مطالعاتی است کـه اثر روش CBT بر اختلالات افسردگی مـزمن را بـا تـأثیر ایـن درمـان بـر روی افسردگی اساسی مورد تحلیل قرار داده است و دسته دوم مطالعاتی است کـه اثـر روش CBT را به طور اختصاصی بر اختلالات افسردگی مزمن بررسی می‌کند.

درمان شناختی- رفتاری برای نمونـه‌هـای ترکیبـی (Mixed samples)، افسردگی مزمن و افسردگی حاد: نتایج این مطالعات نشان داد که بیماران مبـتلا به افسردگی مزمن، پاسخ ضعیف‌تری در مقایسه با بیماران مبـتلا بـه افسـردگی حاد به روش CBT از خود نشان می‌دهند. مطالعه‌ای شامل بررسی نتـایج روش CBT به صورت گروهی به همراه درمان فردی با تمرکز بر تعـاملات اجتمـاعی، مهارت‌های آرامش، افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و مدیریت شناخت منفی بود. پس از یک سال درمان، ۷۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی عمـده، ۴۳ درصـد افراد دارای افسردگی مزمن و ۲۷ درصد افراد مبتلا به افسردگی مضـاعف بهبـود یافته بودند. یک سال بعد از آن و پیگیری مجـدد، میـزان عـود افـراد مبـتلا بـه افسردگی عمده ۳۱ درصـد، افسـردگی مـزمن ۳۳ درصـد و افسـردگی مضـاعف ۱۴ درصد بود (۲۸)، اما نتایج دو مطالعه نیز نشان داد کـه تـأثیر روش CBT بـر افسردگی مزمن ضعیف‌تر از افسردگی حاد بود (۳۰، ۲۹). در پژوهش دیگری نیـز نتایج اثربخشی داروی ایمی‌پرامین، روش سنتی CBT و روان‌درمانی بین فردی (Interpersonal psychotherapy یـا IPT) در بیمـاران بـا معیارهـای افسـردگی مـزمن زودرس، نشـان داد کـه ۱۶ بیمـار بـا روش CBT بهبـود ۱۰ نمره‌ای در مقیاس Hamilton داشتند؛ در حالی که ۱۵ بیمار با شیوه دارونما کاهش ۹ نمره‌ای در این مقیاس را نشان دادند. ایـن تغییـر ضـعیف‌تـر از بهبـود در علایم افسردگی شده توسط آن دسته از بیماران تنها با نشانه افسردگی حاد (از نمره ۱۹/۲ به ۷/۷) بود (۳۱). در یک مطالعه با نمونه کوچـک‌تـر نیـز نتـایج مشـابهی از روش CBT با تمرکـز بـر مـدیریت افسـردگی (Managing depression) بـه دست آمد. همچنین، از تمام پاسخ دهندگان به روش CBT، ۹ نفـر (۶۹ درصـد) اثرات درمانی خود را در طول شش ماه نگه داشتند. با وجود این نتیجـه، همـواره نرخ پاسخ در بهبودی افسردگی مزمن به روش CBT، ضعیف‌تر از افسردگی حاد بوده است (۳۲). بنابراین، متأسفانه ناتوانی در درک تفاوت بین افسـردگی حـاد و مزمن فقط محدود به ارایه درمان با فقدان اطلاعات مربوط به این بیماری همراه است. به عنوان مثال، این که تا چه حد روش CBT بر اساس بیماری افسـردگی مزمن بوده اسـت و تفـاوت سیسـتماتیک ایـن درمـان بـین افسـردگی مـزمن و افسردگی حاد در چه چیزی می‌باشد، مواردی است که اطلاعات درستی از آن در دسترس نیست.

روش CBT تنها برای افسردگی مـزمن: نقطـه ضـعف مطالعـات قبلـی در استفاده از نمونه‌های ترکیبی بوده است و تنها شامل بیماران مبتلا بـه اخـتلالات مزمن و درمان این بیماری نمی‌گردید. ۵ مطالعه در مقالات به طور خاص مبنـی بر استفاده از شیوه سنتی روش CBT بر افسردگی مـزمن گـزارش شـده اسـت. البته همه این مطالعات شامل تحقیقات آزمایشی در مقیاس کوچک بود که باعث

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]
www.mui.ac.ir

محدودیت در تعمیم نتیجه‌گیری می‌شود. Fennell و Teasdale در یک پژوهش آزمایشی بر روی ۵ نفر مبتلا به افسردگی مزمن مقاوم به دارو درمانی، نشان دادند که روش CBT سنتی با نرخ پاسخ پایینی در بهبود همراه است (۳۳). در مقابل، Stravynski و همکاران یافته‌های مثبت بیشتری را از یک مداخله روش CBT برای ۶ بیمار با تشخیص افسرده‌خویی ارایه نمودند (۳۴). یافته‌های تحقیق دیگری نیز بیان داشت که بیماران با درمان فلوکستین کاهش علایم را (۳۳ درصد) بیشتر از بیماران با روش CBT (شامل ۱۰ بیمار با ۱۶ هفته درمان) (۹ درصد) نشان دادند (۳۵). به طور کلی، نتایج حاصل از این سه مطالعه نشان می‌دهد که روش سنتی روش CBT ممکن است به عنوان یک نقطه شروع مفید در درمان افسردگی مزمن به شمار آید، اما برای کسب نتایج قوی‌تر عملکرد در درمان، لازم است این درمان با شرایط، سازگاری‌های خاصی پیدا کند. دو مطالعه دیگر از روش CBT برای افسردگی مزمن به طور واضحی این درمان را بیشتر با مسایل خاص موجود در افسردگی مزمن سازگار نموده است. Harpin و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیرات مداخله چهار جزء اصلی در روش CBT شامل «آموزش مهارت‌های اجتماعی برای بیماران و افراد مهم زندگی فرد، مهارت‌های خاص رفتاری و شناختی، اصلاح روابط اجتماعی در رفتار افسردگی و آموزش مدیریت اضطراب» پرداختند. نتایج بیان نمود که در گروه آزمایش تفاوت قابل توجهی بین افسردگی و اضطراب بین، قبل و بعد از مداخلات نشان داده شده بود (۳۶). به طور مشابه، یافته‌های de Jong و همکاران نیز نتایج مثبتی از شیوه اصلاح شده روش سنتی روش CBT با مواردی شامل درمان‌های فردی [برنامه‌ریزی فعالانه (Activity scheduling) و بازسازی شناختی (Ognitive restructuring)] و گروهی (آموزش مهارت‌های اجتماعی) نشان داد (۳۷). با توجه به محدودیت‌های این ۵ مطالعه، از جمله اندازه کوچک نمونه‌ها، عدم وجود شرایط کنترل مناسب و عدم ارزیابی مشخص، معلوم نیست که چه چیزی باعث این نتایج متفاوت شده است. بنابراین، نمی‌توان به شناسایی جزییات تشکیل دهنده‌ای که به اختلاف بین این یافته‌ها منجر شده است، پرداخت و در عین حال، نمی‌توان بیان داشت که چه چیزی به طور دقیق باعث کاهش نمرات در یافته‌های Fennell و Teasdale (۳۳) شده است. از همه پیچیده‌تر، تصویری است که Stravynski و همکاران ارایه نمودند (۳۴) و در تضاد کامل با یافته‌های Fennell و Teasdale در خصوص تغییرات ناشی از شیوه سنتی روش CBT است (۳۳).

طرحواره درمانی (Schema therapy)

Cecero و همکاران در مطالعه خود با بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و احساس بی‌لذتی (Dysphoria)، به نتایج مثبتی دست یافتند (۳۸). همچنین، Calvete و همکاران نیز در مطالعه خود بر نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رابطه بالینی این طرحواره‌ها و نشانه‌های اختلال افسردگی تأکید نمودند (۳۹). Reinecke و Simons به این نتیجه دست یافتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه همراه با مهارت‌های اجتماعی پایین، عوامل مهمی در افزایش میزان آسیب‌پذیری به افسردگی است (۴۰). در استفاده از درمان مبتنی بر طرحواره‌ها در پژوهشی نشان داده شد که اعمال برنامه ابتکاری کوتاه مدت از طرحواره درمانی (Schema therapy یا ST) روش مناسبی برای کاهش افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری می‌باشد. نتایج پیگیری پس از یک سال نشان داد که اثرات درمان در کاهش افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری همچنان برقرار بوده است (۴۱). در پژوهش دیگری نیز نشان داده شد که حدود ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی مزمن به این درمان پاسخ داده‌اند و میانگین نمره افسردگی در مقیاس Hamilton از ۲۱/۷۰ به ۹/۴۰ پس از درمان و ۱۰/۷۵ در پیگیری کاهش یافته است (۲). تحقیقات داخلی نیز نتایج نشان داد که طرحواره درمانی شیوه مؤثری بر درمان افسردگی مزمن است (۴۳، ۴۲).

درمان فعال‌سازی رفتاری (Behavioral activation therapy)

درمان فعال‌سازی رفتاری موجب بهبود عملکردی و کاهش اجتناب رفتاری و بهبود عملکرد کلی در افسردگی مزمن می‌شود. Hellerstein و همکاران در پژوهشی نشان دادند که پس از انجام درمان فعال‌سازی رفتاری، ۸۷ درصد از افراد با اتمام کامل ۱۲ هفته درمان، ساعات فعالیت‌های مربوط به کارشان و بهره‌وری کار به طور قابل توجهی افزایش یافته است. نتایج ثانویه نیز نشان داد که اجتناب رفتاری و عملکرد کلی نیز به طور قابل توجهی بعد از درمان بهبود یافته است (۴۴). همچنین، Collado و همکاران در پژوهشی بیان داشتند که نشانه‌های افسردگی پس از ۱۰ جلسه فعال‌سازی رفتاری کاهش معنی‌داری یافته است. نتایج به دست آمده پس از یک ماه بعد از پایان دوره درمانی برقرار بوده است (۴۵). Raes و همکاران در پژوهشی بیان داشتند که درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی در خرده‌مقیاس‌های فعالیت/ اجتناب، نشخوار فکری، افت شغلی/ تحصیلی و آسیب اجتماعی مؤثر می‌باشد (۴۶). در تحقیقات داخلی نیز نتایج نشان داد که فعال‌سازی رفتاری بر درمان افسردگی مزمن مؤثر بوده است (۴۸، ۴۷).

IPT

در واقع، این یک رویکرد روان‌درمانی متمرکز با زمان محدود است که به بیماران در شناسایی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل‌ساز در روابط میان فردی و تغییر آن‌ها کمک می‌کند (۵۰، ۴۹). در این درمان، پس از جمع‌آوری اطلاعات درباره تاریخچه فردی بیمار، درمانگر در تبیین ارتباط علایم افسردگی به یکی از چهار حوزه‌های مشکل فردی که تمرکز درمان بر آن‌ها است شامل غم و اندوه، تعارضات نقش بین فردی، تغییرات نقش و یا کمبودهای بین فردی (Interpersonal deficits) به بیمار کمک می‌نماید. مانند روش CBT، شواهد قابل توجهی از تأثیر روان‌درمانی بین فردی در درمان افسردگی اپیزودیک (۴۹) و جلوگیری از عود آن (۵۳–۵۱) وجود دارد که بر مبنای آن‌ها سعی گردیده است شیوه استانداردی از روان‌درمانی بین فردی بر افسردگی مزمن مورد استفاده قرار گیرد (۵۵، ۵۴، ۱۴). نتایج مطالعه Weissman و Markowitz نشان داد که در روان‌درمانی بین فردی برای یک جمعیت مبتلا به افسرده‌خویی، ۶ توافق اساسی شامل «در جستجوی دوره‌های گذشته از خلق طبیعی باشند، زمان محدودی برای درمان اختصاص دهند، تأکید بر الگوی پزشکی بیماری داشته باشند، به طبیعی نمودن خودبیانی در بیمار از جمله احساس خشم بپردازند، حفظ دستاوردهای درمان تداوم داشته و مهارت و اطمینان در کار با این بیماران را داشته باشند» مهم است (۴۹). در سه مطالعه آزمایشی جداگانه، روان‌درمانی بین فردی برای درمان در مجموع ۱۷ نفر بیمار مبتلا به افسرده‌خویی استفاده شد (۵۸–۵۶، ۱۴). موفقیت اولیه این شیوه در مطالعات مقدماتی، منجر به اجرای مطالعات وسیع‌تر و مستقل‌تری در خصوص بررسی اثر روان‌درمانی بین فردی در درمان افسردگی مزمن شد (۱۴). نتایج یافته‌های Browne و همکاران نشان داد که میزان بهبودی در روان‌درمانی بین فردی به تنهایی برای افسردگی مزمن حدود ۴۷ درصد و بهبود ۴۰ درصد در نشانه‌های افسردگی بر اساس

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

مقیاس درجه‌بندی افسردگی Montgomery (Montgomery-asberg depression rating scale) بود. همچنین، نرخ بهبود برای سرترالین به تنهایی ۶۰/۲ درصد و نرخ بهبودی برای درمان ترکیبی ۵۷/۵ درصد بود (۵۹). بر طبق این مطالعات، شاید بتوان از درمان‌هایی همچون طرحواره درمانی، فعال‌سازی رفتاری و روان‌درمانی بین فردی به عنوان یک پیشرفت قابل توجه در درمان ناتوانی‌های باقی‌مانده بعد از دارودرمانی افسردگی مزمن استفاده نمود.

روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری- شناختی (CBASP یا Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy)

اغلب پژوهش‌ها در درجه اول به استفاده از روش‌های روان‌درمانی موجود (به عنوان مثال رویکرد CBT و IPT) بر افسردگی مزمن متمرکز شده بود، اما دو مطالعه موجب توسعه نوعی جهت‌گیری در روان‌درمانی گردید که به طور خاص برای رسیدگی به مشکلات بیماران مبتلا به افسردگی مزمن مورد استفاده قرار گرفت که این درمان، CBASP نام داشت (۶۰). در CBASP، فرض اساسی بر این باور است که افسردگی مزمن در نتیجه توأم ناسازگاری حل مشکل اجتماعی و ناتوانی در تشخیص و درک اثرات فردی از رفتار فرد ایجاد می‌شود (۶۰). بنابراین، CBASP ادغام عناصری از روش CBT و IPT برای افسردگی و استفاده از آن‌ها در یک شکل تعاملی محدود به زمان است. از طریق این درمان در یک رویکرد مرحله‌ای برای تغییر، بیماران می‌آموزند که چگونه الگوهای رفتاری و شناختی را تغییر دهند و مشکلات ناشی از عملکرد خود را برطرف کنند. بنابراین، در مرحله نخست، بیمار به اهمیت نقش خود در تولید حوادث منفی در زندگی پی می‌برد. هنگامی که نسبت به عواقب منفی تولیدی خودآگاهی یافت، می‌تواند احساس خود را از اثربخشی و تسلط بیشتر بر زندگی افزایش دهد. این حس در واقع، از نتایج افزایش اثربخشی او در اصلاح شناخت و رفتارهای مشکل‌سازی است که از مدیریت وضعیت مؤثر، جلوگیری نموده است که در نهایت، منجر به تعمیم یک مدیریت مؤثرتر بر محرک‌های فشارزا در دنیای واقعی می‌گردد (۶۲، ۶۱). در پژوهش دیگری نیز نشان داده شد که ۶۰ درصد بیماران به درمان پاسخ می‌دهند. این درمان در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن، موجب افزایش انگیختگی به عبارات هیجانی منفی می‌شود و در عین حال، در پردازش عصبی مربوط به تبیین هیجانات چهره‌ای (Facial emotions)، در بیماران مبتلا مؤثر بوده است (۶۳). همچنین، Swan و همکاران نشان دادند که پس از درمان، ۳۰ درصد معیارهای تشخیصی با بهبودی و ۳۰ درصد معیارهای بالینی نیز با تغییر مواجه شده است. در این بین، حدود ۳۹ درصد با شرایط بدون تغییر پس از درمان بوده‌اند. همچنین، این درمان باعث بهبود در کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و عملکرد بین فردی نیز شده است (۶۴). بنابراین، می‌توان CBASP را یک درمان قابل قبول برای بخش بزرگی از بیماران مبتلا به افسردگی مزمن دانست که با تغییر مثبت قابل توجهی در ۶۰ درصد بیماران همراه بوده است.

گروه درمانی (Group treatment)

اغلب مطالعات به نتایج روان‌درمانی در روان‌درمانی فردی، متمرکز شده است. این یک واقعیت عجیب است؛ چرا که تاکنون محققان متعددی بر نقش روابط میان فردی ناکارامد در بهبود و نگهداری این اختلال تأکید نموده‌اند (۵۵، ۵۰). این موضوع قابل قبول است که روش‌های روان‌درمانی فردی که فرایندهایی متمرکز بر هدف را مورد توجه قرار می‌دهد، در مقایسه با درمان‌های گروهی یا مبتنی بر خانواده شاید سود قابل توجهی را در درمان افسردگی مزمن به همراه دارد. نتایج تحقیق دیگری نیز نشان داد که در گروه با درمان شناختی، کاهش علایم افسردگی قابل توجهی بیشتر از شرایط افراد تحت درمان دارونما است. هنگامی که درمان شناختی گروهی با مصرف سرترالین ترکیب می‌شود، افزایش بهبود عملکرد بیماران به طور قابل توجهی نشان داده می‌شود (۶۵). به وضوح قابل ذکر است که قبل از ارایه هرگونه توصیه‌ای در خصوص اثربخشی درمان گروهی در اختلالات مزمن افسردگی، تحقیقات بیشتری در این زمینه لازم است. با این حال، نتایج نشان می‌دهد که ممکن است گروه درمانی در درمان ترکیبی با دارو به عنوان یک درمان مستقل بتواند مؤثر باشد.

درمان خانواده محور (Family-based treatment)

مداخلات درمانی خانواده محور برای اختلالات افسردگی مزمن به صورت سیستماتیک مورد آزمون قرار نگرفته است، اما با این وجود پتانسیل آن را دارد که نقش مهمی در درمان این اختلالات ایفا کند؛ چرا که یکی از مهم‌ترین جنبه‌های عملکرد روانی هر فرد مربوط به روابطش با خانواده و تعاملات با آن‌ها است. این که بیماری یک بیمار، تأثیر عمده‌ای بر دیگران و زمینه‌های اجتماعی فرد داشته باشد، تعجب‌آور نیست. اگرچه مطالعات اندکی به بررسی عملکرد خانواده‌ها در بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی مزمن و تغییرات ایجاد شده در عملکرد خانواده افراد دچار افسردگی شدید پرداخته، با این وجود تحقیقات زیادی اهمیت خانواده را در طول دوره درمان نشان داده است. به عنوان مثال، ایجاد مشکل در عملکرد خانواده با به وجود آمدن دوره شدیدتری از بیماری افسردگی و ضعف در پاسخ به درمان در ارتباط بوده است (۷۰-۶۶). با توجه به شواهد قوی برای نقش عملکرد خانواده در افسردگی حاد و شواهد متعدد مبنی بر حضور اختلال روانی قابل توجه در خانواده بر ایجاد افسردگی مزمن، انتظار می‌رود که مزمن بودن و شدت افسردگی می‌تواند با خانواده و اختلال در عملکرد آن، چه در دوره بیماری و چه نحوه پاسخ به درمان در ارتباط باشد. یافته‌های پژوهش Miller و همکاران نشان داد که بیماران با اختلال افسردگی مزمن در زمینه عملکرد خانواده بعد از ۱۲ هفته مصرف دارو، بهبود قابل توجهی داشتند و از طرف دیگر، این موضوع جالب توجه است که بیماران با عملکرد روانی بهتر، به دارو درمانی نیز پاسخ بهتری می‌دهند (۷۱).

نتایج مطالعه دیگری که بر روی ۱۷ زن مبتلا به افسرده‌خویی و شوهران آن‌هاکه فاقد علایم بیماری بودند با شیوه درمان شناختی- زناشویی (Cognitive marital therapy یا CMT) انجام شد، نشان داد که از ۱۲ زوج که ۱۰ هفته درمان را به پایان رسانده بودند، همه زنان دارای علایم افسرده‌خویی در شرایط بهبودی قابل توجهی از موقعیت افسردگی‌شان قرار داشتند (۷۲). به غیر از تحقیق مذکور (۷۲)، مطالعات دیگری نیز اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده را در افسردگی مزمن بررسی کرده‌اند. گزارش نهایی این تحقیقات نشان داد که اضافه کردن خانواده درمانی و درمان شناختی به دارو درمانی برای درمان بیماران مبتلا به انواع شدیدترین افسردگی‌ها، منجر به میزان قابل توجهی از بهبودی در ۶ ماه پیگیری به نسبت انجام دارو درمانی به تنهایی شده است (۷۳). همچنین، مطالعه دیگری نیز نشان داد که زوج‌درمانی از مداخله با استفاده از داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی اساسی اپیزودیک قابل قبول‌تر می‌باشد و یا حداقل به همان میزان مؤثر بوده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که گنجاندن درمان خانواده در مدیریت روان‌درمانی بیماران مبتلا به

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

اختلالات افسردگی مزمن، به خصوص آن‌هایی که به دارو درمانی، روان‌درمانی و یا ترکیبی از این دو پاسخ نمی‌دهند، امری منطقی است.

منابع تحقیقاتی در افسردگی مزمن

بررسی سایر متون مرتبط، عمده روشی است که برای دستیابی به یک درمان جامع در افسرگی مزمن می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. با توجه به مطالعات به نسبت محدود پیرامون روان‌درمانی افسردگی مزمن، به منظور گسترش ادبیات پیرامون این موضوع باید به مواردی چون بازگشت افسردگی و نیز موضوع افسردگی شدید را مورد توجه قرار داد. همچنین، همان طور که در قبل گفته شد، به منظور گسترش مطالعاتی در افسردگی مزمن، بررسی تحقیقاتی بر اشکال دیگر افسردگی و روان‌درمانی پیرامونشان، حایز اهمیت است؛ چرا که با وجود تفاوت‌ها، همپوشانی قابل توجهی بین موضوعات وجود دارد (۷۴). بنابراین، احتمال آن وجود دارد که بسیاری از موضوعات روان‌درمانی این اختلالات نیز با هم تشابهات زیادی داشته باشد (۷۵). دو منبع مطالعاتی اصلی وجود دارد که در ادامه به تفصیل بیان شده است.

مطالعات مربوط به متون افسردگی شدید

درمان روان‌درمانی افسردگی شدید بدون دارو، موضوع بحث‌برانگیزی است و مطالعات اندکی به این شیوه خاص پرداخته است (۱۶). با این حال، مطالعات متعددی همواره منفعت اضافه شدن روان‌درمانی به دارودرمانی را نشان داده است. تحقیق بر روی بیماران بستری شده مبتلا به افسردگی شدید که اغلب افسردگی مزمن، عود افسردگی و اشکال شدید افسردگی را تجربه نموده‌اند، در بردارنده یک حوزه دانش بالقوه مفید و وسیع از اطلاعات مهمی است که در هنگام بررسی مطالعات افسردگی مزمن کارامدی قابل توجهی دارد (۷۵). بنابراین، بخش‌های آشکار شده از درمان‌های این بیماران در تحقیقات، کمک بزرگی به کسب اطلاعات از افسردگی مزمن می‌نماید و این که چه داروهایی مصرف می‌گردد و کدام درمان‌های روانی- اجتماعی می‌توانند مؤثر واقع گردد (۷۷، ۷۶). به طور خاص، محققان دریافته‌اند که با اضافه کردن روش CBT به دارو درمانی در بیماران سرپایی، به طور قابل توجهی پاسخ به درمان در بلند مدت و پیگیری بیماران افزایش می‌یابد. حتی این نوع روان‌درمانی به خصوص در بیماران افسرده‌ای که بستری بودند، در بهبود اختلال در تظاهرات شناختی اولیه (Demonstrate initial cognitive dysfunction) آن‌ها مؤثر بوده است (۷۸). در مطالعه دیگری از درمان بیماران بستری شده، Miller و همکاران گزارش بهبود پیامدهای بالینی بیماران بستری مبتلا به افسردگی را زمانی که به هر دو درمان CBT و دارو درمانی، خانواده درمانی نیز اضافه شد، ارایه نمودند؛ در حالی که این بیماران به طور قابل توجهی علایم اولیه افسردگی شدید را دارا بودند (۷۱).

متون مرتبط با بازگشت افسردگی

پژوهش‌های صورت گرفته مرتبط با روان‌درمانی پیرامون بازگشت افسردگی، می‌تواند بینش‌های مفیدی را برای درمان اختلالات افسردگی مزمن ارایه دهد. اگرچه بازگشت افسردگی رویدادی طبیعی در نظر گرفته می‌شود، با این حال نشان می‌دهد که اختلال افسردگی مزمن، بیماری مزمنی است که نیاز به درمان مداوم دارد. علاوه بر این، همواره برای حمایت از دو روش CBT و IPT در خصوص ایجاد بهبودی و یا حفظ آن در بیماران مبتلا به افسردگی، خطر بالایی وجود دارد. به عنوان مثال، در پژوهش‌هایی گزارش استفاده موفقیت‌آمیزی از روش CBT برای درمان علایم باقی‌مانده در بیمارانی که در گذشته با داروهای ضد افسردگی مورد درمان قرارگرفته بودند، با بهبود پیشگیری از عود تا ۴ سال بعد از درمانشان، ارایه شد (۲۴، ۲۳). همچنین، این موفقیت در بیماران مبتلا به افسردگی بازگشته نیز تأیید گردید (۲۵). Paykel و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان عود و عوارض باقی‌مانده تا بیش از ۶۸ هفته کاهش می‌یابد (۲۷). در پژوهش دیگری نیز نشان داده شد که استفاده از رویکرد CBT تا ۸ ماه می‌تواند موجب کاهش عود افسردگی در ۶۷ درصد موارد (۱۶ نفر) گردد (۷۶). یک نوع از روش CBT شامل مهارت‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز در کاهش خطر عود موفق بوده، اما اثر آن تنها در آن دسته از بیمارانی نشان داده شده است که دارای سه یا بیشتر دوره افسردگی بوده‌اند (۷۷).

پژوهش‌های دیگر نشان داد که عود بیماری بیمارانی که روش CBT را به صورت جلسات ماهانه دریافت نموده بودند، به طور مداوم کمتر از بیمارانی بود که فقط دارو مصرف کرده بودند. هرچند که این تفاوت معنی‌دار نبود، اما توفیقات مشابهی در جلوگیری از عود بیماری در درمان‌های دیگر گزارش شده است (۵۳-۵۱). Frank و همکاران نشان دادند که استفاده ماهیانه از IPT در طول زمان بین دوره‌های مصرف داروهای ضد افسردگی، موجب پیشگیری از عود مجدد بیماری می‌گردد (۵۱). همچنین، بیمارانی که کیفیت بالایی از IPT را دریافت نموده بودند، دوره طولانی‌تری را قبل از عود نشان دادند؛ یعنی به جای زمان عود در ۵ ماه، عود در ۲ سال افزایش یافته بود (۵۲). مطالعه دیگری نیز نتایج مشابهی در خصوص سالمندان مبتلا به افسردگی اساسی و عود بیماری‌شان را ارایه نمود (۴۸).

عناصر مشترک در درمان

به طور کلی، بررسی ادبیات پیرامون افسردگی نشان می‌دهد که بین ۳۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به انواع افسردگی مزمن به انواع مختلفی از روان‌درمانی پاسخ می‌دهند. با توجه به این که این میزان پاسخ به درمان، به طور کامل شبیه به میزان بهبودی گزارش شده در مطالعات دارو درمانی است، بیماران دارای حق انتخاب واقعی در نوعی از درمان هستند که خودشان ترجیح می‌دهند. تصمیم‌گیری در انتخاب اول درمان، باید با همکاری بیمار و درمانگر با در نظر گرفتن اولویت‌ها و انگیزه بیمار برای مشارکت در درمان، سطح مهارت درمانگر و در دسترس بودن او و محدودیت‌های مالی انجام گیرد. در این میان، بیمارانی که بیشتر علاقمند توسعه مهارت‌هایشان و مایل به داشتن تعهد در زمانی خاص هستند و علاقمند تلاش در درمان به گونه‌ای بیشتر هستند، روان‌درمانی به عنوان انتخاب اول معقول به شمار می‌آید (۷۵). همچنین، برای تدوین درمانی کارامد، بررسی وضعیت شواهد تحقیقاتی موجود مانع از تحلیل تفاوت میان روان‌درمانی‌هایی همچون CBASP، IPT و CBT است (۵۵). علاوه بر این، با توجه به نتایج مشابهی که در هر کدام از روش‌ها گزارش شده است، امکان دارد که عوامل مشترکی مانند خصوصیات غیر اختصاصی مؤثر در اثربخشی آن‌ها بیشتر از محتوا و شکل درمانی‌شان مهم باشد. با بررسی همه این درمان‌ها، می‌توان این عناصر مشترک را به صورتی که در ادامه آمده است، برای درمان اختلالات افسردگی مزمن استخراج نمود.

محدودیت زمانی در روان‌درمانی: شیوه‌های روان‌درمانی به دوره‌های به نسبت کوتاه مدت گرایش دارد. درمان‌هایی که از جلسات هفتگی به مدت ۲۴-۱۲ هفته تشکیل شده است. محدودیت زمان بر این فرض استوار است که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

همواره هم در بیمار و هم درمانگر تمرکز انرژی وجود دارد و انگیزه بالاتری برای تغییر رفتار وجود دارد. روان‌درمانی با محدودیت زمانی، ممکن است که یک پیام ضمنی به دنبال داشته باشد و آن عبارت از این که روان درمانگر معتقد است که بهبود را می‌توان در یک دوره به نسبت کوتاهی از زمان حاصل نمود؛ در حالی که در بیمار مبتلا به افسردگی مزمن این فرض ناامید کننده پایدار است که هیچ چیز تغییر نخواهد کرد (۱۴).

ارایه منطق صریح و روشن برای درمان: همه شیوه‌های روان‌درمانی شامل ارایه منطق صریح و روشن برای روش درمان به فرد بیمار است. اگرچه این منطق در محتوای این شیوه‌ها (IPT و CBT) متفاوت است. با این حال، اگر در تمامی این روان‌درمانی‌ها بیمار با یک دلیل منطقی خوب روبه‌رو گردد، در تنظیم و انسجام درمانی آن کمک می‌شود و درمانگر و بیمار می‌توانند بهتر از قبل نشانه‌های افسردگی خود را کنترل کنند.

فعال بودن درمانگر: درمانگران در تمام درمان‌های روانی مؤثر باید موضع فعالی در طول درمان داشته باشند. این مسؤولیت درمانگر مرتبط با شیوه رهبری و هدایت جلسه درمان است. این رفتار، شکلی است از غلبه بر کمبود انرژی، انفعال و درماندگی که مشخصه بیماران مبتلا به افسردگی مزمن به طور خاص می‌باشد (۷۵).

تمرکز بر مشکلات کنونی: در تضاد با روان‌درمانی‌های سنتی و روان‌کاوی، روان‌درمانی به شکل فعلی به طور خاص بر روی مشکلاتی تمرکز دارد که بیمار در حال تجربه آن است. هرچند ممکن است که دوران کودکی و یا دیگر تجارب گذشته مورد بررسی قرار گیرد، اما تنها این بررسی در زمانی است که آن‌ها به طور مستقیم مسایل فعلی بیمار را تحت تأثیر قرار داده است. Weissman و همکاران انجام این بررسی‌ها را زمانی حایز اهمیت دانستند که جستجو در دوره‌های گذشته فرد، به عنوان یک وسیله کمک کننده به بیمار در حال حاضر محسوب گردد (۱۴). تأکید بر تغییر در رفتار کنونی و تعاملات بین فردی حداقل دو هدف را دنبال می‌کند، اول این که در حال حاضر تغییر رفتار کنونی بیمار موجب تولید بهبود اهداف و وضعیت آن‌ها در زندگی، به ویژه گسترش شبکه‌های حمایت اجتماعی فرد می‌گردد. این موضوع به نوبه خود بر بهبود افسردگی تأثیر مثبتی دارد. دوم این که این تغییرات کنونی موجب تقویت حس کنترل شخصی شده و پیامدش اثربخشی در سازگاری بیشتر با منطق درمان است.

خودبازبینی (Self-monitoring) از تغییر و پیشرفت: از آن‌جا که از علایم شایع افسردگی، تمایل به درک حوادث به شکلی بیش از حد منفی است، بیماران مبتلا به افسردگی بیشتر گرایش به نگاه حداقلی در خصوص سود ناشی از درمان دارند. بنابراین، روان‌درمانی می‌تواند برای ایجاد گرایش به بیماران برای نظارت بر رفتار و خلق و خوی خود آموزش دهد. این نظارت بر خلاف تمایل برای به حداقل رساندن سود درمانی می‌باشد و به دنبال تقویت ارتباط بین تغییر رفتار و خلق و خوی بیمار است.

۶- ارایه تکالیف به طور منظم: بسیاری از درمان‌های روانی- اجتماعی مؤثر برای افسردگی فقط بر فعالیت در جلسه درمان برای تغییر علایم و رفتارها تکیه دارد. در عوض، اغلب در بین جلسات تکالیفی ارایه می‌شود تا توسط بیمار تکمیل گردد. این مشق شب در واقع گسترش درس درمان برای بیماران است و به آن‌ها کمک می‌کند با یک بینش روشن‌تر بتوانند نیازهای درمانی خود را به مشکلات دنیای واقعی تعمیم دهند. علاوه بر این، تکالیف بیشتر می‌تواند حس بیماران از کنترل شخصی و اثربخشی را تقویت کند (۷۵).

۷- نگهداری دستاوردهای درمانی: با توجه به شواهد زیادی که به اهمیت رویارویی با عوارض باقی‌مانده از بیماری اشاره دارد، تداوم درمان و حفظ دستاوردهای حاصل شده، به احتمال زیاد نقش مهمی در جلوگیری از عود و بازگشت بیماری دارد (۲۵، ۲۴). در این شیوه، درمانگر با وجود این که کمتر در مقایسه با دوره اصلی درمان مداخله می‌نماید، با این حال باید آماده افزایش در تعداد و شدت علایم و بدتر شدن بیمار باشد.

۸- ترکیب دارو و روان‌درمانی: برای بیمارانی که به روان‌درمانی پاسخ نمی‌دهند یا کسانی که خیلی کند پاسخ می‌دهند، شواهد نشان می‌دهد که ترکیب روان‌درمانی با دارو درمانی ممکن است دوره مناسبی از درمان به شمار رود. نمونه‌های تحقیقاتی متعددی نشان می‌دهد که ترکیبی از دارو درمانی با CBASP، بهبود در بیش از ۱۲ هفته درمان را در مقایسه با هر کدام از این درمان‌ها به تنهایی، با سرعت بیشتری به دنبال دارد (۷۹). البته علایمی مانند بی‌خوابی و اضطراب اغلب به دلیل کاهش سریع دارو درمانی پدید می‌آید. در صورت کنترل این گونه علایم در بیماران، شاید مداخلات روان‌درمانی کافی خواهد بود.

۹- مداخلات مبتنی بر خانواده: همان‌گونه که اشاره شد، گنجاندن خانواده به طور خاص به عنوان افراد مهمی که در تعامل با حوزه‌های اجتماعی بیمار تعریف شده است، می‌تواند نقش مهمی برای آن دسته از بیماران که دچار مشکلات قابل توجهی در روابط بین فردی و اجتماعی شده‌اند و یا کسانی که به اندازه کافی به روان‌درمانی یا ترکیبی از روان‌درمانی و دارو درمانی پاسخ نداده‌اند، داشته باشد. یک مدل به طور بالقوه مفید از درمان خانواده، درمان نظام مسأله‌مدار خانواده (Problem centered systems therapy of the family یا PCSFT) است (۸۰). این شیوه، درمانی بسیار ساختار یافته، چندبعدی و سیستم‌گرا است که اجازه می‌دهد تا تعدادی از درمان روش‌های مختلف بسته به تظاهرات بالینی خاص، با هم ادغام گردد و هماهنگ شود.

بحث و نتیجه‌گیری

از لحاظ تاریخی، اختلالات افسردگی مزمن به عنوان بازتابی از اختلال عملکرد شخصیت مطرح می‌شد و در نتیجه، تمایل کمتری به درمان آن در نظر گرفته می‌شد، اما به تدریج روشن شد که هر دو شیوه درمان‌های دارویی و روانی می‌تواند بر علایم و عوارض روانی افسردگی مزمن، البته با نرخ پاسخ کمتری به نسبت افسردگی حاد، مؤثر واقع گردد. این تغییر در تفکر، در نتیجه توجه به نتایج مثبت به دست آمده توسط برخی از مطالعات اخیر بوده است، اما با این وجود، بر خلاف پیشرفت‌های قابل توجه در درک نسبت به روان‌درمانی برای افسردگی مزمن، شکاف قابل توجهی در دانش باقی‌مانده است. بخشی از این شکاف، به دلیل کمبودهای موجود در محدودیت روش‌شناسی مطالعات نهفته است. اغلب طرح‌های تحقیقاتی شامل تعداد کمی از بیماران، انتساب غیر تصادفی و ارزیابی‌هایی بدون ساختار مشخص و ابهام در شکل پاسخ به درمان بوده است. بنابراین، لازم است که مطالعات آینده از انتخاب تصادفی همراه با گروه شاهد، نمونه‌های بزرگ‌تر و مقررات دقیق‌تر در درمان‌ها (به عنوان مثال طول زمانی ثابت مداخلات) و توجه به بیماران در مطالعه (به عنوان مثال، از نظر همگنی در طول و شدت بیماری افسردگی)، بهره‌مند گردد. علاوه بر این، برای تعیین این که یک درمان دارای اثربخشی کافی بر بیماران بوده است یا خیر، پیگیری‌های فراتر از ۲ سال می‌طلبد. این در حالی است که بسیاری از مطالعات با پیگیری

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

کمتر از ۱ سال بوده است. درمان‌هایی که کاهش کوتاه مدت علایم را به دنبال دارد، مهم است. با این حال، اطلاعات بیشتری در مورد توان پایایی از اثرات درمان مورد نیاز است. به ویژه، برای یک بیماری که بنا به تعریف آن حداقل ۲ سال طول کشیده است. در انتخاب شیوه درمان نیز با توجه به نتایج مطالعات، مواردی مانند پیش‌بینی پاسخ به درمان در بیمار، مواد تشکیل دهنده پروتکل‌های درمانی روانی- اجتماعی و در نظر گرفتن نقش عوامل بیولوژیک در ابتلا مهم است. با این وجود، به نظر می‌رسد که حتی اگر مطالعات تحقیقاتی سخت‌گیرانه‌تر و دقیق‌تر طراحی گردد، باز هم بر اساس داده‌های حاصل از تحقیقات صورت گرفته، در حال حاضر درمان‌های روانی- اجتماعی به احتمال زیادی پاسخ به درمان در حد متوسط را برای اختلالات افسردگی مزمن، ایجاد می‌نماید و این میزان پاسخ نیز زمانی حاصل می‌گردد که شیوه درمانی سازگاری بالایی با شرایط بیماران داشته باشد. پس به نظر می‌رسد که استفاده از درمان‌های ترکیبی در افسردگی مزمن با موفقیت بیشتری بتواند همراه گردد.

این درمان‌ها به طور خاص می‌تواند در ترکیب الگوی سنتی از دارو درمانی و روان‌درمانی فردی، در کنار روش‌های مختلف درمان‌های روانی به طور هم‌زمان (مانند روان‌درمانی فردی، درمان گروهی و درمان مبتنی بر خانواده) در اختیار درمانگران قرار گیرد. همچنین، پایگاه تحقیقاتی در روان‌درمانی برای افسردگی مزمن در مقایسه با پژوهش در روان‌درمانی اختلالات افسردگی حاد، به نسبت جوان است. با توجه به عواقب اجتماعی افسردگی مزمن، توجه کامل در به کار بستن عناصر مشترک که قبل‌تر اشاره گردید، در هر نوع درمانی به کار گرفته شده برای افسردگی مزمن، می‌تواند بسیار مهم و مؤثر باشد (۸۳-۸۱).

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Torpey DC, Klein DN. Chronic depression: Update on classification and treatment. Curr Psychiatry Rep 2008; 10(6): 458-64.
2. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. J Behav Ther Exp Psychiatry 2014; 45(3): 319-29.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593-602.
4. Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH, et al. Factors associated with chronic depressive episodes: A preliminary report from the STAR-D project. Acta Psychiatr Scand 2005; 112(6): 425-33.
5. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. Am J Psychiatry 2006; 163(5): 872-80.
6. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. J Ment Health Policy Econ 2006; 9(4): 193-200.
7. Brown RA, Lewinsohn PM. A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. J Consult Clin Psychol 1984; 52(5): 774-83.
8. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1989; 57(3): 414-9.
9. McDermut W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. Clin Psychol Sci Pract 2001; 8(1): 98-116.
10. Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. Psychol Bull 1990; 108(1): 30-49.
11. Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, Schmaling KB, Salusky S. Marital therapy as a treatment for depression. J Consult Clin Psychol 1991; 59(4): 547-57.
12. Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E, et al. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. Br J Psychiatry 2000; 177: 95-100.
13. Markowitz JC. Psychotherapy of dysthymia. Am J Psychiatry 1994; 151(8): 1114-21.
14. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman G. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York, NY: Basic Books; 2000.
15. Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Combined treatment for patients with double depression. Psychother Psychosom 1999; 68(180): 185.
16. Thase ME, Friedman ES. Is psychotherapy an effective treatment for melancholia and other severe depressive states? J Affect Disord 1999; 54(1-2): 1-19.
17. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF 3rd, Pilkonis PA, Hurley K, et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(11): 1009-15.
18. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. Medical Writing 2015; 24(4): 231-5.
19. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment. New York, NY: Basic Books; 1984.
20. Luborsky L, Diguer L, Cacciola J, Barber JP, Moras K, Schmidt K, et al. Factors in outcomes of short-term dynamic psychotherapy for chronic vs. nonchronic major depression. J Psychother Pract Res 1996; 5(2): 152-9.
21. Luborsky L, Mark D, Hole AV, Popp C, Goldsmith B, Cacciola J. Supportive-psychotherapy for chronic depressive disorders

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. In: Barber JP, Editor. Dynamic therapies for psychiatric disorders (axis I). New York, NY: Basic Books; 1995. p. 13-42.
22. Taubner S. Hurting memories and beneficial forgetting: Working with unconscious and explicit memories in psychodynamic psychotherapy in patients with chronic depression. Philadelphia, PA: Elsevier Science; 2013.
23. Derubeis RJ, Crits-Christoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. J Consult Clin Psychol 1998; 66(1): 37-52.
24. Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. Am J Psychiatry 1996; 153(7): 945-7.
25. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. Am J Psychiatry 1998; 155(10): 1443-5.
26. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. Arch Gen Psychiatry 1998; 55(9): 816-20.
27. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, et al. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1999; 56(9): 829-35.
28. Gonzales LR, Lewinsohn PM, Clarke GN. Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. J Consult Clin Psychol 1985; 53(4): 461-9.
29. Thase ME, Reynolds CF, Frank E, Simons AD, Garamoni GD, McGeary J, et al. Response to cognitive-behavioral therapy in chronic depression. J Psychother Pract Res 1994; 3(3): 204-14.
30. Agosti V, Ocepek-Welikson K. The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: A reanalysis of the National Institute of Mental health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Affect Disord 1997; 43(3): 181-6.
31. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(11): 971-82.
32. Mercier MA, Stewart JW, Quitkin FM. A pilot sequential study of cognitive therapy and pharmacotherapy of atypical depression. J Clin Psychiatry 1992; 53(5): 166-70.
33. Fennell MJ., Teasdale JD. Cognitive therapy with chronic, drug-refractory depressed outpatients: A note of caution. Cognit Ther Res 1982; 6(4): 455-9.
34. Stravynski A, Shahar A, Verreault R. A pilot study of the cognitive treatment of dysthymic disorder. Behavioural Psychotherapy 1991; 19(4): 369-72.
35. Dunner DL, Schmaling KB, Hendrickson H, Becker J, Lehman A, Bea C. Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. Depression 1996; 4(1): 34-41.
36. Harpin RE, Liberman RP, Marks I, Stern R, Bohannon WE. Cognitive-behavior therapy for chronically depressed patients. A controlled pilot study. J Nerv Ment Dis 1982; 170(5): 295-301.
37. de Jong R, Treiber R, Henrich G. Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions. Cognit Ther Res 1986; 10(6): 645-63.
38. Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A, Jones C. Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. Pers Individ Dif 2004; 36(7): 1669-80.
39. Calvete E, Estévez A, López de Arroyabe E, Ruiz P. The schema questionnaire-short form. Eur J Psychol Assess 2005; 21(2): 90-9.
40. Reinecke MA, Simons A. Vulnerability to depression among adolescents: Implications for cognitive-behavioral treatment. Cogn Behav Pract 2005; 12(2): 166-76.
41. Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. J Behav Ther Exp Psychiatry 2011; 42(4): 473-80.
42. Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi M, Sadeghi Hosnije AH. The effect of schema therapy on chronic depression in students. J Res Behav Sci 2012; 10(4): 285-91.
43. Rezaei F. Schematic therapy in chronic depression. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 16(3): 387.
44. Hellerstein DJ, Erickson G, Stewart JW, McGrath PJ, Hunnicutt-Ferguson K, Reynolds SK, et al. Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. Compr Psychiatry 2015; 57: 140-7.
45. Collado A, Castillo SD, Maero F, Lejuez CW, Macpherson L. Pilot of the brief behavioral activation treatment for depression in Latinos with limited English proficiency: Preliminary evaluation of efficacy and acceptability. Behav Ther 2014; 45(1): 102-15.
46. Raes F, Hoes D, Van Gucht D, Kanter JW, Hermans D. The Dutch version of the behavioral activation for depression scale (BADS): Psychometric properties and factor structure. J Behav Ther Exp Psychiatry 2010; 41(3): 246-50.
47. Bigdeli I, ahimian-Boogar I. The effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy on depression, anxiety and marital stress in patients with coronary heart disease. Journal of Clinical Psycology 2011; 2(4): 19-28.
48. Parhoon H, Mradi A, Hatami M, Parhoon K. Comparison of the brief behavioral activation treatment and meta-cognitive therapy in the reduction of the symptoms and in the improvement of the quality of life in the major depressed patients. Journal of Research in Psychological Health 2013; 6(4): 36-52. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

49. Weissman MM, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy. Current status. Arch Gen Psychiatry 1994; 51(8): 599-606.
50. Klerman GL, Weissman MM. The course, morbidity, and costs of depression. Arch Gen Psychiatry 1992; 49(10): 831-4.
51. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1990; 47(12): 1093-9.
52. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48(12): 1053-9.
53. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years. JAMA 1999; 281(1): 39-45.
54. Markowitz JC. Psychotherapy of dysthymic disorder. In: Kocsis JH, Klein DN, Editors. Diagnosis and treatment of chronic depression. New York, NY: Guilford Publications; 1995. p. 146-68.
55. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
56. Mason B, Markowitz J, Klerman G. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorders. In: Klerman GL, Weissman MM, Editors. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 1993. p. 225-64.
57. Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. Hosp Community Psychiatry 1992; 43(9): 885-90.
58. Markowitz JC, Klerman GL, Perry S, Clougherty KF, Josephs LS. Interpersonal psychotherapy for depressed HIV-Seropositive patients. In: Klerman GL, Weissman MM, Editors. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 1993. p. 199-224.
59. Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Dunn E, et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. J Affect Disord 2002; 68(2-3): 317-30.
60. McCullough JP. Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). New York, NY: Guilford Press; 2000.
61. McCullough JP Jr, Klein DN, Keller MB, Holzer CE 3rd, Davis SM, Kornstein SG, et al. Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): validity of the distinction. J Abnorm Psychol 2000; 109(3): 419-27.
62. McCullough JP. Psychotherapy for dysthymia. A naturalistic study of ten patients. J Nerv Ment Dis 1991; 179(12): 734-40.
63. Klein JP, Becker B, Hurlemann R, Scheibe C, Colla M, Heuser I. Effect of specific psychotherapy for chronic depression on neural responses to emotional faces. J Affect Disord 2014; 166: 93-7.
64. Swan JS, Macvicar R, Christmas D, Durham R, Rauchhaus P, McCullough JP, Jr., et al. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression: Clinical characteristics and six month clinical outcomes in an open case series. J Affect Disord 2014; 152-154: 268-76.
65. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Bialik RJ, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: Clinical symptoms and functional impairments. Am J Psychiatry 1999; 156(10): 1608-17.
66. Hooley JM, Teasdale JD. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. J Abnorm Psychol 1989; 98(3): 229-35.
67. Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Fruzzetti AE. Family functioning and the course of major depression. Compr Psychiatry 1987; 28(1): 54-64.
68. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB. Role of the family in recovery and major depression. Am J Psychiatry 1995; 152(7): 1002-8.
69. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. J Abnorm Psychol 1989; 98(4): 468-77.
70. Moos RH. Depressed outpatients' life contexts, amount of treatment, and treatment outcome. J Nerv Ment Dis 1990; 178(2): 105-12.
71. Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF, Klein DN, Thase ME, Rush AJ, et al. The treatment of chronic depression, part 3: Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. J Clin Psychiatry 1998; 59(11): 608-19.
72. Waring EM, Chamberlaine CH, McCrank EW, Stalker CA, Carver C, Fry R, et al. Dysthymia: a randomized study of cognitive marital therapy and antidepressants. Can J Psychiatry 1988; 33(2): 96-9.
73. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. Am J Psychiatry 2005; 162(11): 2131-8.
74. Thase ME. The roles of psychosocial factors and psychotherapy in refractory depression: Missing pieces in the puzzle of treatment resistance. In: Nolen WA, Zohar J, Editors. Refractory depression: Current strategies and future directions. New York, NY: Wiley; 1994.
75. Keitner GI, Cardemil EV. Psychotherapy for chronic depressive disorders. In: Alpert JE, Fava M, Editors. Handbook of chronic depression: Diagnosis and therapeutic management. Boca Raton, FL: CRC Press; 2003. p. 159-82.
76. Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: Six-and twelve-month follow-up. Am J Psychiatry 1989; 146(10): 1274-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

77. Miller IW, Norman WH, Keitner GI, Bishop SB, Dow MG. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. Behav Ther 1989; 20(1): 25-47.
78. Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Treatment response of high cognitive dysfunction depressed inpatients. Compr Psychiatry 1990; 31(1): 62-71.
79. Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: A randomized clinical trial. Arch Gen Psychiatry 2001; 58(4): 381-8.
80. Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Miller IW. A systems therapy: Problem centered systems therapy of the family. In: Wells RA, Giannetti VJ, Editors. Handbook of brief psychotherapies. New York, NY: Plenum; 1990. p. 405-36.
81. Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN, Gelenberg AJ, Kornstein SG, Miller IM, et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. Am J Psychiatry 2000; 157(6): 940-7.
82. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. JAMA 1990; 264(19): 2524-8.
83. Klerman GL. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, NY: Basic Books; 1984.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]

Applied Indicators in Treatment Approaches of Chronic Depressive Disorders

Seyed Mohammadreza Samsam-Shariat[1], Hamid Taher Neshatdoost[2], Mehrdad Kalantari[2], Seyed Hamidreza Oreyzi-Samani[2]

Review Article

Abstract

Aim and Background: The number of previous studies on the subject of specific treatments for chronic depression disorders was limited and significantly incomplete. Identification of applied indicators in treatment approaches of chronic depression disorders extracted from previous work would result in the development of applied and plenary treatment of these disorders.

Methods and Materials: In this narrative review, referring to the databases like Pubmed and ScienceDirect, and a review of 71 articles, the treatment approaches and the most important applied indicators related to the treatment of chronic depressive disorder were extracted.

Findings: There are differences between acute and chronic depression of existing signs, and the aforementioned treatments often focus on major depression. The effective methods in the treatment of chronic depression include psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioral therapy (CBT), interpersonal psychotherapy (IPT), cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, schema therapy, behavioral activation therapy, group therapy and family-based treatment. However, in any of these ways, there are major weaknesses. According to the literature, some common elements in treatment of chronic depressive disorders are time-limited psychotherapy, explicit rationale for treatment, the active therapist position, focus on current problems, emphasis on changing current behavior and interpersonal interactions, self-monitoring of change and progress, regular homework assignments, continuation/maintenance therapy to extend gains, combined pharmacological and psychotherapeutic treatment, family-based interventions.

Conclusions: In comparison with research conducted in major depressive disorder, research support in psychotherapy for chronic depression is relatively young and further research is essential.

Keywords: Psychotherapy, Depressive disorder, Chronic depression

Citation: Samsam-Shariat SM, Neshatdoost HT, Kalantari M, Oreyzi-Samani SH. **Applied Indicators in Treatment Approaches of Chronic Depressive Disorders.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 386-96.

Received: 30.05.2017 Accepted: 09.08.2017

1- PhD, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Hamid Taher Neshatdoost, Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.16.9]