

اثر آموزش تمثیلی - استعاره‌ای در افزایش میزان بازیابی اطلاعات و تکنیک‌های طرحواره‌درمانی

محمد حاتمی*

علیرضا احمدیان**

حمیدرضا حسن‌آبادی***

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تفاوت اثر شیوه تمثیلی، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر شیوه آموزشی تمثیلی با طرحواره‌درمانی کلاسیک (به شیوه معمول) در مبتلایان به اختلال افسرده‌خویی انجام شد. از طرح تجربی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری و مطالعه بالینی ۴۰ نفر از مبتلایان به افسرده‌خویی به روش نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت. نتایج نشان داد که، الحاق شیوه آموزشی تمثیلی، موجب افزایش معنادارتر حفظ و یادآوری اطلاعات درمانی تبادل شده در جلسات درمانی در بیماران می‌شود. شیوه آموزشی تمثیلی از طریق تولید و تشدید حافظه معنایی برای اطلاعات درمانی تبادل شده سبب پاسداشت و حفظ اطلاعات در سیر فرسایشی زمان شده و از طریق دسترس‌پذیری اطلاعات درمانی، سبب عود کمتری را در این بیماران شود و نتایج مثبت درمانی حاصل را بیشتر حفظ می‌کند.

واژگان کلیدی: بازیابی حافظه، آموزش تمثیلی - استعاره‌ای، افسرده‌خویی.

* استادیار دانشگاه خوارزمی تهران

** دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)، Ahmadian1727@gmail.com

*** استادیار دانشگاه خوارزمی تهران

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۷

مقدمه

یکی از مشکلات درمان بیماران افسرده عدم به خاطر سپاری اطلاعات جلسه درمان است. این درمان، مفاهیم پیچیده‌ای برای بیماران دارد و در پژوهش‌های حوزه علوم شناختی نیز لزوم کاربست ابزارهای زبانی ویژه مانند تمثیل برای تجسم مناسب‌تر از مفاهیم گزاره‌ای - انتزاعی تأکید شده است. با الحاق تکنیک‌های تمثیلی - استعاری به محتوای روان‌درمان‌های می‌توان به یک مفهوم‌سازی درمانی از طریق زبان نمادین (استعاره - تمثیل) نمای ادراکی روشن‌تری از عناصر درمانی را برای بیماران طراحی کرد؛ زیرا برخی بیماران به لحاظ کلامی (تئوریک) موضوعاتی را که به صورت بیان گزاره‌ای از سوی درمانگر طرح می‌شود، در جلسه درمان می‌شنوند، اما نسبت به ادراک عمیق و یادسپاری این مفاهیم اثربخشی درمانی زیادی ندارد و از طریق زبان نمادین (استعاره - تمثیل) است که در فرایند اثربخش‌تر در دریافت اطلاعات، ذخیره‌سازی، سازمان‌دهی، بازیابی اطلاعات نقش دارند می‌توان اطلاعات ناهم‌تراز از دو طبقه زبانشناختی مختلف را از یک نظام ادراکی روان‌شناختی انتزاعی‌تر به نظام ادراکی روان‌شناختی غالباً عینی منتقل کرد، بنابراین، با واژگانی عینی به توصیف بهتر و روشن‌تر مفاهیم انتزاعی پرداخت. البته درمورد گزاره‌ای بودن زبان درمان‌های کلاسیک باید متذکر شد که گزارش‌های متعددی در مورد اثربخشی رویکرد رفتاردرمانی شناختی و برتری آن نسبت به سایر درمان‌های غیراختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر با درمان‌های دارویی ارائه شده را داراست (دابسون، ۱۹۸۸) ولی به طور کلی و خارج از مقایسه با سایر رویکردهای درمانی دیگر جدی‌ترین نقد عمومی به رویکرد رفتاردرمانی شناختی کلاسیک بک این است که در بهترین شرایط فرایند ارائه درمانی خود، صرفاً زبان گزاره‌ای است و نمی‌تواند آن‌چنان که شایسته یک درمان چند بُعدنگر است، تفاوت‌های ظریف و تمرکزهای دقیق مورد نیاز یک درمان و موجود در باورهای عقلانی، هیجانی و احساسی را که مربوط به سطوح مختلف پردازش‌اند، توجیه کند (کوپ، ۱۹۹۳) که این نقد با پیش‌فرض‌های ذکر شده در مورد طرحواره‌درمانی کلاسیک نیز وارد است؛ زیرا در چارچوب راهنمای کلاسیک این درمان به غیر از چند تکنیک مشخص خود که به تصویرسازی ذهنی می‌پردازد، گام جدی و یا راهبرد خاصی را

برای تسهیل‌سازی و همطرازسازی مفاهیم بالینی تخصصی با طراز شناختی بیمار برنداشته‌است و با ضمیمه و تأکید بر ایجاد عناصر زبان تصویری در محاورات طرحواره‌درمانی کلاسیک می‌توان از قابلیت‌های ویژه این درمان برای سطوح شناختی و هیجانی مختلف بیماران بهره برداری بالینی دارای دوام‌تری را برد (کوپ، ۲۰۰۵؛ پین، ۲۰۰۶؛ برنز، ۲۰۰۷). تأکید بر کاربرد مطلق زبان گزاره‌ای در جلسه روان‌درمانی برخوردار با بن‌بست‌های درک مفهوم و منظور طرفین در روند درمان می‌شود و لازم است که روان‌درمانگران برای خروج از این بن‌بست‌های رسانش مفاهیم درمانی از زبان نمادین نظیر: بیتی از یک شعر^۱، تمثیل، ضرب‌المثل^۲، قصه و یا یک حکایت‌های کوتاه و استعاره با محتوای بالینی برای کاهش این بن‌بست‌های ادراکی در جهت مفهوم‌سازی مناسب درمانی استفاده می‌کنند. آموزش از طریق تمثیل و استعاره‌ها دامنه معانی ما را می‌گسترند و از مفهوم‌سازی ناشناخته و ناملموس به سوی مفاهیمی قابل ادراک‌تر سوق می‌دهند (برونل، ۱۹۸۸؛ گیبز، ۱۹۹۴؛ برنز، ۲۰۰۷؛ بلنکیرون، ۲۰۱۰). گونکالوس و کران (۱۹۹۰) معتقدند که با زبان درمانی غنی از تمثیل می‌توان به طراز شناختی بیماران نزدیک شد (لایونز، ۱۹۹۵؛ مک کور، ۱۹۸۵؛ ریورز، ۱۹۹۵). اختلال افسرده‌خویی یک اختلال شایع خلقی است (بارلو، ۲۰۰۱؛ لوپز، مادرز، ازاتی، جامیسون و مورای، ۲۰۰۶). برطبق تعریف راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی افسرده‌خویی اختلال خلقی مزمنی است که شیوع بالایی دارد؛ یعنی حدود ۵ تا ۶ درصد از کل افراد به آن مبتلا هستند (کلاین، شانکمن و روز، ۲۰۰۶). بررسی پژوهش‌های مداخله‌ای نشانگر آن است که درمان‌های روانشناختی متداول مثل شناخت‌درمانی کلاسیک بک، درمان بین‌فردی (کلرمن^۳ و وایزمن^۴، ۱۹۸۴)، حل مسئله محور (والیس^۵، ۱۹۹۵) در درمان مبتلایان به اختلال افسرده‌خویی با نتایج درمانی معناداری همراه نبوده‌اند (گنزالس^۶، لوینسون^۱، کلارک^۲، ۱۹۸۵؛ فنل^۳ و تیزدل^۴، ۱۹۸۲؛ هارپین^۵، لیبرمن^۶،

1. poetry or poems
 2. Proverb
 3. Klerman
 4. Weissman
 5. Valice
 6. Gonzales

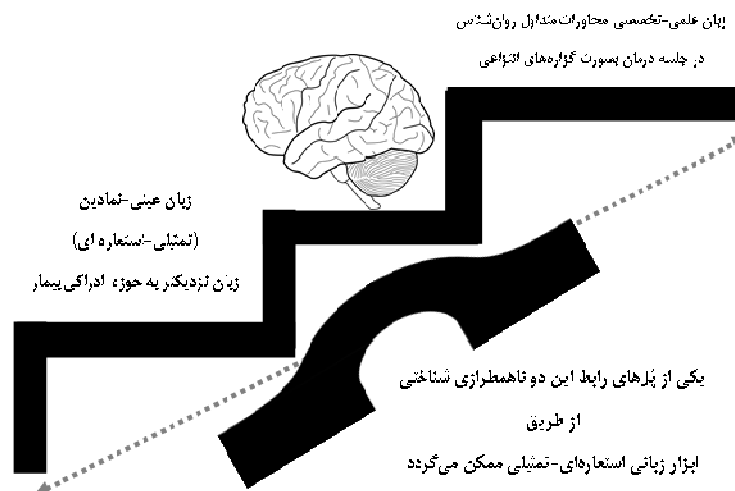
مارکس^۷، استرن^۸، بوهانون^۹؛ ۱۹۹۲؛ آرکیسکال و کاسانو، ۱۹۹۷، الپرت^{۱۰} و فاوا، ۲۰۰۴؛ دملو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۵؛ مک کالوف^{۱۲}، تروستینسون^{۱۳} و اسپوت^{۱۴}، ۲۰۰۷). یانگ^{۱۵}، وین برگر^{۱۶} و بک^{۱۷} (۲۰۰۱) در یک مرور تحقیقی گزارش کردند که رفتاردرمانی شناختی در افسردگی با میزان موفقیتی بالاتر از ۲۰ درصد بلافاصله پس از درمان همراه است ولی میزان عود اختلال^{۱۸} پس از گذشت یک سال حدود ۳۰ درصد است و به علاوه تعداد قابل توجهی از بیماران نیز از رفتاردرمانی شناختی نتیجه نمی‌گیرند. علاوه بر این شیوع بالاتر اختلال شخصیت در مبتلایان به افسرده‌خویی (پیپر^{۱۹} و همکاران، ۱۹۹۵؛ ریسو و همکاران^{۲۰}، ۱۹۹۶)، تعداد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر در مبتلایان به افسرده‌خویی در مقایسه با مبتلایان به افسردگی اساسی (ریسو و همکاران، ۲۰۰۳) را بایستی مد نظر و توجه قرار داد. یانگ، کلاسکو^{۲۱} و ویشار^{۲۲} (۲۰۰۳) بیان می‌کنند طرحواره ناسازگار اولیه هنگامی رشد می‌کند که نیازهای اساسی روانشناختی کودک مثل دلبستگی ایمن، آزادی برای بیان هیجانات و خودانگیختگی با مانع روبه‌رو می‌شوند. طرحواره ناسازگارانه اولیه بر عمیق‌ترین سطح شناخت و معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کند و از لحاظ روانشناختی فرد را به رشد افسردگی مزمن، اضطراب،

-
1. Lewinson
 2. Clark
 3. Fenel
 4. Teasdale
 5. Harpine
 6. Liberman
 7. Marks
 8. Stern
 9. Bohannon
 10. Alpert
 11. Demelo
 12. Malouff
 13. Throrsteinson
 14. Schutte
 15. Young
 16. Weinberger
 17. Beck
 18. relapse
 19. Peper
 20. Riso
 21. Klosko
 22. Weishaar

روابط ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان‌تنی آسیب‌پذیر می‌کند (یانگ، ۱۹۹۹). زمانی که یک طرحواره ناسازگار اولیه فعال می‌شود، شخص با یکی از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مثل جبران، اجتناب و تسلیم به آن پاسخ می‌دهد که منجر به ماندگاری بیشتر طرحواره ناسازگار اولیه می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بعضی از محققان از جمله تیم^۱ (۲۰۱۰) معتقدند که طرحواره ناسازگار اولیه بعد از شکل‌گیری مانند صفت (رگه شخصیتی) در همه زمان‌ها عمل می‌کند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳)^۲ و ویشمن (۲۰۰۸) و دابسون^۳ (۲۰۱۰) مطرح کردند که بسیاری از مفروضه‌های درمان‌های متداول در حوزه رفتاردرمانی شناختی با ویژگی‌های اختلال مزمنی چون افسرده‌خویی سازگار نیست. رفتاردرمانی شناختی در قالب سطوح شناختواره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند؛ مثلاً در درمان افسرده‌خویی از سطح نامیدی شروع می‌کند و سپس به مؤلفه‌های زیر بنایی و در نهایت، طرحواره‌ها پرداخته می‌شود (لیهی^۴، ۲۰۰۰) اما در طرحواره درمانی این روند به‌طور منطقی برعکس دنبال می‌شود. در فرایند طرحواره‌درمانی، مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناختواره می‌روند؛ به عبارتی، در رویکرد طرحواره‌درمانی روش پایین‌به‌بالا عمل می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این تغییر رویکرد می‌تواند در پاسخدهی به درمان تأثیرگذار باشد (دابسون، ۲۰۱۰). در مجموع، از بیان مسئله می‌توان چنین نتیجه گرفت که به کارگیری درمان‌های رایج در حوزه رفتاردرمانی شناختی در درمان افسرده‌خویی (افسردگی مزمن) با موفقیت اندکی و بسیار برگشت‌پذیری همراه بوده است و پرداختن به پرداختن به سطوح عمیق‌تر و لایه‌های علیتی به عنوان متغیر میانجی بتواند به کاهش علائم اختلال افسرده‌خویی و بهبود آن‌ها یاری رساند (مورفی، جنیفر، جرارد و بایرنه، ۲۰۱۲). بنابراین، مدل طرحواره‌درمانی یانگ می‌تواند انتخاب درمانی^۵ مناسبی در متبلیان به افسرده‌خویی باشد (ریسو و همکاران، ۲۰۰۷؛ آبالا و همکاران، ۲۰۰۹، کویچپرز^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ هوزل^۷، هارتر^۸، ریز^۱ و

1. Thimm
 2. Young
 3. Dabson
 4. Leahy
 5. Tailoring therapeutic strategies
 6. Cuijpers
 7. Holzel
 8. Harter

کریستون^۲، ۲۰۱۱؛ هیلمن^۳، کهو^۴ و یانگ^۵، ۲۰۱۱).



شکل ۱ شکل مشکل ناهمطرازی ادراک شناختی بیمار-درمانگر در تسهیل مفهوم سازی محتامبر دوامانی در قالب دو حوزه زبان-شناختی متناقض (دویری ۱۹۹۷)

روش

طبق نظر کازدین (۲۰۰۴) پژوهش حاضر جزء مطالعات مقایسه پژوهشی^۶ و فرایند پژوهی^۷ و نتیجه پژوهی قرار می‌گیرد. علاوه براین، امروزه شیوه درمان‌های حمایت‌شده از نظر تجربی که در حوزه روان‌شناسی بالینی بسیار فراگیر شده است و از درمانگران و متخصصان بالینی انتظار می‌رود پژوهش‌های خود را به گونه‌ای طراحی کنند که نتایج آن قابل دفاع باشد (درایس^۸ و کریتس، کریستروف^۱، ۱۹۹۸).

1. Reese
2. Kriston
3. Heilemann
4. Kehoe
5. Young
6. Comparative study
7. Process study
8. Derubeis

شیوه (طرح) درمان به این صورت بود که پس از ارجاع مراجعان بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال محور I (SCID) و بررسی ملاک‌های خروج از سوی روانپزشک انجام شد. پس از انتخاب ۴۰ آزمودنی و با توجه به طرح آزمایشی هر بار دو آزمودنی همزمان با فاصله یک هفته‌ای وارد مرحله خط پایه شدند. روال کار بدین صورت بود که هر شش آزمودنی به مدت ۳ هفته در مرحله خط پایه شرکت کردند و پس از اتمام مرحله خط پایه (۳ هفته) وارد مرحله درمان شدند. جلسات طرحواره درمانی به طور انفرادی به مدت ۲۰ جلسه هفتگی و هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه برگزار شد. طبق نظر ریسو و همکاران (۲۰۰۷) طرحواره درمانی برای اختلال افسرده‌خویی را مرحله پی‌گیری نیز به مدت تقریباً دو ماه دنبال شد تا پایداری اثرات درمانی مشخص شود. ملاک خروج از درمان نیز دو جلسه غیبت مداوم بود. استعاره و تمثیل‌هایی که برای مفهوم‌سازی مبانی طرحواره‌درمانی، برای مراجعان طرح شدند از راهنمای کاربست استعاره درمانی^۲ جورج برنز (۲۰۰۷)، متناسب با مفاهیم طرحواره‌درمانی استخراج و تطبیق داده شدند و به عنوان یک کارت یادیار از مفاهیم درمان، در اختیار مراجعان قرار گرفت و افتراق گروه تحت مداخله آزمایشی با گروه مشاهده در الحاق این تکنیک‌ها در درمان کلاسیک آن‌ها بود.

جامعه پژوهش حاضر، کارمندان و خانواده‌های مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بودند. گروه نمونه، تعداد افرادی هستند که پس از احراز شرایط پژوهش، روند درمان را طی می‌کنند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، «نمونه‌گیری هدفمند»^۳ است (گال^۴، بورگ^۵ و گال، ۲۰۰۰). «نمونه‌گیری هدفمند» با «نمونه‌گیری در دسترس» فرق دارد. انتخاب چنین نمونه‌هایی بر اساس فرمول‌های نمونه‌گیری نیست. قصد پژوهشگر در چنین نمونه‌گیری‌هایی، انتخاب کسانی است که با اهداف پژوهش همخوانی داشته باشند. به

-
1. Crits-Christoph
 2. Healing with stories: your casebook collection for using therapeutic metaphors (pp. 12-300). Hoboken, NJ: Wiley.
 3. purposful sampling
 4. Gall
 5. Borg

همین دلیل مایکل پاتون^۱، این شیوه نمونه‌گیری را «نمونه‌گیری هدفمند» نامگذاری کرده است (گال و همکاران، ۱۳۸۰). ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل موارد زیر بود:

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای (SCID-IV)^۲ نسخه بالینی گر^۳ (SCID-CV): SCID در سال ۱۹۸۳ به عنوان ابزاری برای تشخیص اختلالات DSM-III-R تدوین شد. این مصاحبه ویژگی‌های منحصر به فردی داشت که در ابزارهای قبل از آن وجود نداشت. این ابزار به سادگی در روانپزشکی استفاده می‌شود و شامل یک بخش مروری است که بیمار می‌تواند به وجود آمدن دوره فعلی بیماری خود را توصیف کند. علاوه بر این SCID-CV شامل یک الگوی طراحی است که به پژوهشگر اجازه می‌دهد مجموعه‌ای از طبقات تشخیصی اساسی را که با مطالعه‌اش ارتباطی ندارد، کنار بگذارد (بختیاری و همکاران، ۱۳۷۹). SCID-CV شامل شش الگوی تشخیصی اختلالات محوری I و محور II است. اگرچه این الگوها پشت سر هم بررسی می‌شوند اما متخصص بالینی می‌تواند ترتیب دیگری به آن‌ها بدهد یا الگوی خاصی را حذف کند. این الگوهای تشخیصی عبارت‌اند از: الگوی A (دوره خلقی)، الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی C (اختلالات سایکوتیک)، الگوی D (اختلالات خلقی)، الگوی E (اختلالات ناشی از مواد) و الگوی F (اختلالات اضطرابی). علاوه بر این، SCID-CV شامل الگوی تشخیصی اختلالات مزبور II نیز است. SCID-CV برای اجرا در مورد بیماران روانپزشکی یا بیماران مبتلا به بیماری‌های طبی کاربرد دارد. مناسب‌ترین سن برای اجرای آن ۱۸ سالگی است، اما با تغییرات جزئی برای نوجوان نیز کاربرد دارد. برای فهم آن تحصیلاتی در حدود ۸ کلاس لازم است و افراد مبتلا به اختلالات شدید شناختی یا دارای نشانه‌های شدید سایکوتیک را نمی‌توان با این مصاحبه ارزیابی کرد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختاریافته، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست^۴، اسپیتزر^۵، گیبون^۶ و ویلیامز^۱ (به نقل از سگال^۲، ۱۹۹۷) تهیه شده است.

1 . Micheal Patton
 2. Structured Clinical Interview for DSMIV
 3 . Clinician version
 4. First
 5. Spitzer
 6. Gibbon

تران^۳ و هاگا^۴ (۲۰۰۲) به نقل از تران و اسمیت^۵، (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) به دست آمده نیز خوب بود. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که پایایی قابل قبول به دست آمده از نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به کار بگیرند. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹ به نقل از محمد، ۱۳۸۷) نیز روایی این ابزار به وسیله متخصصان روان‌شناسی بالینی بررسی و تأیید شد و با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله یک هفته پایانی برابر ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و با ملاک‌های افسردگی DSM-IV انطباق دارد. این پرسشنامه ۲۱ گروه جمله است که هر گروه شامل ۴ گزینه است. نمره جملات بین صفر تا ۳ متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. مجموع نمرات می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ تغییر کند که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. نقطه برش در پرسشنامه افسردگی بک ۱۳ است. سایر محدوده‌ها ۱۴ تا ۱۹ نشانگر افسردگی خفیف، ۲ تا ۲۸ افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۳۸ افسردگی شدید و ۳۸ به بالا افسردگی بسیار شدید است. پایانی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی آن نیز ۰/۹۱ است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز چنین گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به

-
1. Williams
 2. Segal
 3. Tran
 4. Hagg
 5. Smith
 6. Cutoff point

فاصله یک هفته ۰/۹۷ بوده است (فتی و همکاران ۱۳۸۴). همچنین قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) با اجرای BDI-II بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی ضریب آلفای کرونباخ را و ضریب بازآزمایی را با فاصله دو هفته‌ای ۰/۴۳ گزارش کرده‌اند. در جامع‌ترین پژوهش مربوط به مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) در نمونه بالینی ۳۵۳ نفری مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در ایران محمدخانی و دابسون (۱۳۸۶) ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ آیتم را ۰/۹۱۳ به دست آوردند. ضریب همبستگی هرایتم با کل پرسشنامه نیز از ۰/۴۵۴ تا ۰/۶۸۱ گزارش شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز بالای ۰/۹ به دست آمد. این پژوهشگران در بررسی‌های عاملی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) سه عامل جسمانی - حیاتی، شناختی - روانشناختی و بدینی - احساس بی‌ارزشی را گزارش کردند و به منظور بررسی‌های عاملی بر پایه روش محاسبه‌ی روایی همگرا به محاسبه ضریب همبستگی نمرات حاصل از BDI-II و مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر پرداختند که نشان‌دهنده همبستگی بالا بود ($a = 0.873$). به طور کلی، نتایج بررسی آنان نشان داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسب برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد (محمدخانی و دابسون، ۱۳۸۶).

میزان یادآوری مقیاس سنجش میزان بازیابی محتوای درمانی و فعالیت‌های تبادل شده در جلسه گذشته روان‌درمانی: حافظه را می‌توان ظرفیت ذهنی برای نگهداری و بازیابی اطلاعات در طی زمان دانست (قاسم زاده، ۱۳۷۹). میزان کمی مفاهیم شنیده شده و فراگرفته شده، در طی یک فرایند آموزشی یا درمانی در واقع می‌تواند تابعی از کیفیت رمزگردانی اطلاعات وارد شده به حافظه و ویژگی‌های خوداین اطلاعات باشد. بدیهی است، هراندازه این ویژگی‌ها برجسته‌تر باشند، رمزگردانی آنها و در نهایت، یادآوری آنها بهتر صورت می‌گیرد. به عنوان مثال، ویژگی‌های تصویری و معنایی استعاره‌ها، به یادآوری مفاهیم استعاره‌ای بهتر کمک می‌کنند. منظور از این متغییر، تعداد مفاهیم و مضامین مطرح شده در هر جلسه درمان است که مراجع از هفته قبل قادر است آنها را هم به صورت آزاد و هم بازشناسی به خاطر بیاورد. به این منظور، مراجع مضامین به یاد مانده را در فرمی که بدین منظور روان‌سنجی شده، ثبت می‌کند. محتوای مضامین

استعاری و گزاره‌ای به یاد آمده و نیز فراوانی مضامینی که مراجع به درستی از جلسه قبل، یادآوری نموده، شاخصی از میزان یادآوری یا بازیابی اطلاعات است. پس از اینکه نمونه واجد شرایط انتخاب شد (۴۰ نفر) به طور کنترل شده به واسطه انتخاب تصادفی به دو گروه تقسیم شدند.

جدول (۱) وضعیت جنسیت جمعیت بیماران تحت مطالعه

وضعیت جنسیت	تعداد	درصد
زن	۲۳	۵۷/۵
مرد	۱۷	۴۲/۵

همان‌طور که از جدول فوق مشخص است با توجه شیوع بیشتر اختلال افسرده‌خویی در بین زنان سعی شد با غربال دقیق‌تری در بین جمعیت بالینی بتوان از نظر جنسیت تقریباً جامعه مقارنی فراهم گردد.

یافته‌ها

با استفاده از روش‌های مختلف آمار توصیفی و آمار استنباطی و به کمک نرم‌افزار SPSS، به تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه پرداخته برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی عامل دوم (طرح یک بین / یک درون) استفاده شد.

در اندازه‌گیری مکرر یا تحلیل واریانس مختلط مذکور دو گروه مبتنی بر شیوه کلاسیک و تمثیلی به عنوان عامل بین‌آزمودنی در نظر گرفته شدند و افسردگی، طرحواره‌های ناسازگارانه، به عنوان عامل درون آزمودنی وارد تحلیل شد. در این قسمت نتایج تحلیل‌های اندازه‌گیری مکرر برای هر کدام از افسردگی، طرحواره‌های ناسازگار، تحریف شناختی و دشواری در تنظیم هیجان برای حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری به صورت جداگانه گزارش می‌شوند. در گزارش نتایج

اندازه‌گیری‌های مکرر، نتایج آزمون کرویت موجلی^۱ برای بررسی فرض همسانی کواریانس‌ها و کرویت آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون برای بررسی مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس مختلط یا اندازه‌گیری‌های مکرر ضروری هستند. در ضمن در مجموع از بین ۴۰ نفر تحت مطالعه سه نفر در مرحله پی‌گیری نهایی مراجعه نداشتند و نمره آخرین مشاهده آن‌ها بر طبق روش جانهای آخرین داده مشاهده شده^۲ از فرد به جای داده گمشده، برای آن‌ها منظور شد.

فرضیه اول: طرحواره‌درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی تمثیلی در میزان یادسپاری بلند مدت تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی، بیماران افسرده‌خو اثربخش است.

به منظور سنجش فرضیه فوق نمره‌های مراجعان در تکمیل شاخص میزان یادسپاری بلند مدت تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری درمانی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول (۲) آزمون کلمگروف - اسمیرنف و شاپیرو - ویک جهت بررسی آزمون نرمال بودن مشاهدات

شیوه درمانی	شاخص آماری	درجه آزادی	سطح معناداری	شاخص آماری	درجه آزادی	سطح معناداری
طرحواره درمانی کلاسیک	۰/۲۰	۲۰	۰/۰۳	۰/۹۵	۲۰	۰/۴۰*
طرحواره درمانی تمثیلی	۰/۱۲	۱۹	۰/۱۲	۰/۹۵	۱۹	۰/۵۵*

از جدول (۲) و با استفاده از سطح معناداری ۰/۴۰ و ۰/۵۵ استنباط می‌شود توزیع مشاهدات نرمال هستند و باید به جدول انحراف استاندارد مراجعه کرد.

1. Mauchly's Test of Sphericity
2. Last observation carried forward (LOCF)

جدول (۳) میزان یادسپاری بلند مدت تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی، بیماران افسرده‌خو

شیوه درمانی	تعداد نفرات	میانگین	آزمون خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد
طرحواره‌درمانی کلاسیک	۲۰	۲۴/۴	۲۴/۰۸	۰/۶۸
طرحواره‌درمانی تمثیلی	۱۹	۴۳/۷۳	۴/۱۸	۰/۹۶

جدول (۴) شاخص‌های نرمال بودن و آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها میزان یادسپاری بلند مدت تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی، بیماران افسرده‌خو

پیوست	F	سطح معنی داری همگنی لوین	T	درجه آزادی	سطح معنی داری	اختلاف میانگین
میزان یادسپاری بلند مدت	۲۰/۳	۰/۰۸۲	۱۵/۶۲	۳۷	$p < ۰/۰۰۱$	-۱۸/۳۳

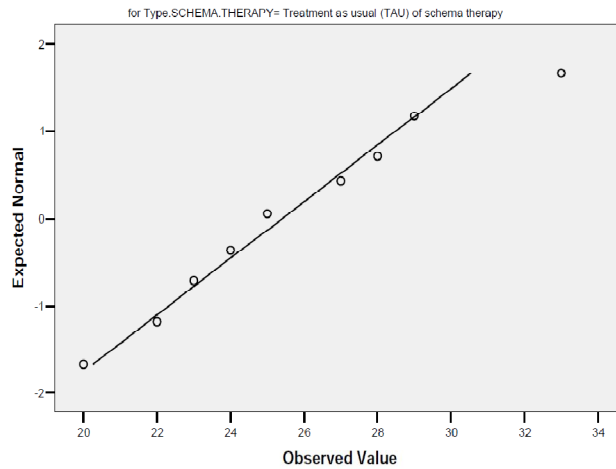
در این پژوهش بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات طرحواره درمانی کلاسیک و طرحواره درمانی تمثیلی در متغیر میزان یادسپاری بلند مدت تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی از طریق آزمون T مستقل صورت گرفت. در این راستا، ابتدا مفروضات آزمون T مبتنی بر نرمال بودن نمونه مورد نظر از لحاظ متغیر مورد سنجش و همگنی واریانس دو گروه بررسی شد، بدین منظور برای مفروضه نرمال بودن از شاخص‌های آماری کجی و کشیدگی و برای یکسانی واریانس از آزمون لوین استفاده شده که نتایج به دست آمده در جدول گزارش به خوبی ارائه شده است.

طبق جدول شاخص‌های کجی و کشیدگی در متغیر اصلی در نمونه مورد مطالعه بر مبنای نظر برن (۲۰۰۱) از مطلوبیت مناسب برخوردارند، بدین معنی که صفات مورد مورد نظر در جامعه دارای توزیع نرمال است و نتایج به دست آمده از آزمون لوین بین دو درمان در تمامی متغیرها معنی دار نبود که این موضوع نشان‌دهنده همگنی واریانس بین دو گروه است. پس از تأیید مفروضات آزمون T، که در سطح $۰/۰۰۰۱$ معنادار است، تفاوت میانگین گروه‌ها با استفاده از این آزمون بررسی شد.

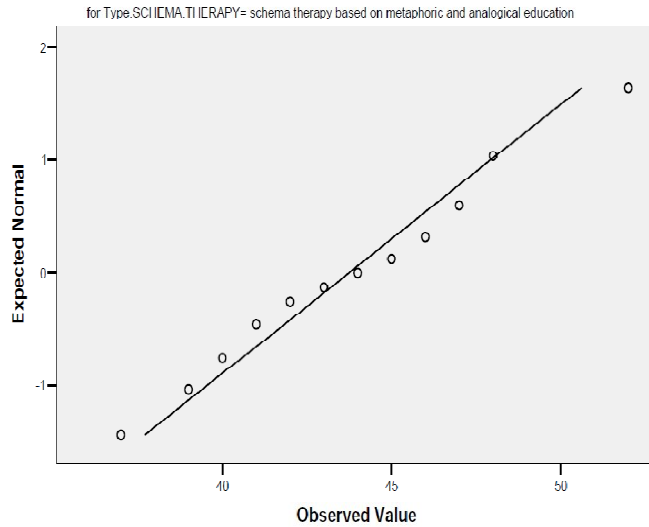
جدول (۵) مقایسه تفاوت میانگین گروه‌ها در متغیر میزان یادسپاری بلند مدت تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی، بیماران افسرده‌خو

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار P	کشیدگی	چولگی
طرحواره‌درمانی کلاسیک	۲۵	۳/۰۴	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۸	۰/۶۰
طرحواره‌درمانی استعاره‌ای-تمثیلی	۴۳	۴/۱۸	$p < ۰/۰۰۱$	-۰/۷۸	۰/۰۱۹

نتایج به دست آمده از آزمون T مستقل نشان داد که بین میانگین نمرات طرحواره درمانی کلاسیک و طرحواره درمانی تمثیلی در متغیر میزان یادسپاری بلند مدت تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که در مجموع، میانگین نمرات طرحواره درمانی تمثیلی به طور معناداری در بازیابی اطلاعات تبادل شده در درمان بالاتر است ($t = -۱۵/۶۲$ $p < ۰/۰۵$).



نمودار (۱) Q-Q طرحواره‌درمانی کلاسیک در بررسی میزان بازیابی اطلاعات درمانی تبادل شده در جلسه درمانی



نمودار (۲) Q-Q طرحواره‌درمانی مبتنی بر شیوه آموزش تمثیلی در بررسی میزان بازیابی اطلاعات درمانی تبادل شده در جلسه درمانی

نتیجه‌گیری

تمرکز بر روی نقش عناصر تمثیلی و استعاره‌ای در طرحواره‌درمانی توانست نتایج قابل توجه‌ای را از الحاق این شیوه آموزش در روان‌درمانی‌های کلاسیک مشاهده کند که می‌توان به نقش این ابزارهای ویژه زبانی در پاسداشت و حفظ اطلاعات تبادل شده درمانی در ابعاد فرسایش زمانی و همین‌طور دسترس‌پذیری بیشتر تکنیک‌های درمانی در نزد بیماران اشاره کرد. همواره عامل زمان و ناتوانی در حفظ و بازیابی اطلاعات تبادل شده در بیماران از عوامل مهم عود و بازگشت علایم و رفتارهای ناسازگارانه بوده است، ولی تحت مطالعات بالینی دقیق متوجه شدیم که استعاره و تمثیل از طریق مکانیسم‌های تداوم بخش حافظه معنایی به مفاهیم درمانی تبادل شده در جلسه درمان توان و عمر بیشتری می‌بخشند که در بررسی عود فرضیه اول و سایر متغیرها این مسئله به روشنی دیده می‌شود. نکته ظریفی که می‌توان به‌طور ویژه فارغ از ساختار آماری پژوهش حاضر و منظر مجری طرح به آن نگریست، این است که هر جا که تمثیل و استعاره‌های اختصاصی آن حوزه از متغیرها پررنگ بودند، نتایج مقایسه‌ای آن حوزه نیز

معنادار شدند که این خود نشانه همبستگی بالا نتایج با کاربست ابزار تمثیلی - استعاره‌ی بود ولی از یکسو با اهداف مکنون در نظر پژوهشگر که در سایر مطالعات بر روی جمعیت سالم صورت گرفته بود که نشان می‌داد، با بهره از تمثیل می‌توان نوعی صرفه‌جویی شناختی تولید کرد و دستاوردها را به بسیاری از موقعیت‌های مطرح نشده و پیش‌روی بیمار تعمیم داد، مغایر بود و نشان می‌داد که بیماران افسرده‌خو با کُنندی شناختی - هیجانی و درجاماندگی شناختی^۱ از قابلیت‌های ویژه استعاره و تمثیل در جمعیت سالم (غیر بیمار) که قابلیت تعمیم‌پذیری و استحاله^۲ (تغییر وضعیت) بالا به سایر موقعیت‌ها و وضعیت‌های رفتاری بود، دچار ضعف بوده و این به خوبی در سایر متغیرهای ویژه‌سازی^۳ نشده با استعاره و تمثیل دیده می‌شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی مبتنی بر شیوه آموزشی تمثیلی در افزایش میزان یادسپاری بلند مدت و بازیابی تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات درمانی به طور معناداری اثربخش‌تر بوده است. برای پذیرش این فرضیه دلایل زیر را تبیین کرد که کاربست تمثیل‌ها و استعاره‌ها هویتی ویژه و بادوام تر به اطلاعات درمانی تبادل شده در جلسه درمانی درمان می‌داد و می‌توانست تکنیک‌ها و بازخوردهای زبان‌گزاره‌ای، غریب و پیچیده طرحواره‌درمانی را که از جنس کلام انتزاعی و تبادلات گذشته‌نگر ناشی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند تا حدودی در قالبی مشخص، آسان‌تر و از جنس زبان عینی (ملموس) طبقه بندی نموده و سختی ادراکی و به یادسپاری اطلاعات کلامی محض را به همراه تصویرسازی شفافی که تمثیل‌ها - استعاره‌ها از این اطلاعات کلامی می‌دادند غنی‌تر ساخت. شاید مهم‌ترین اثر روشن و قابل ذکر فرایند کاربرد بالینی تمثیل‌ها و استعاره‌ها را حتی در سایر فرضیه‌های پژوهش بتوان این‌طور خلاصه کرد که تمثیل‌ها و استعاره‌ها به عدم حفظ باثبات اطلاعات درمانی تبادل شده جهت داده و شانس مرور ذهنی آن‌ها را افزوده و به واسطه ماهیت هدایت عملیاتی که به اطلاعات محض تبادل شده می‌دهد با ساختارهای حافظه معنایی^۴ از یکسو و از سوی دیگر با جانشینی و رقابت شناختی با حافظه شرح‌حال سوگرفته و ناکارآمد بیماران دچار

-
1. cognitive perseveration
 2. Shift
 - 3 . personalization or enrichment
 4. semantic

افسرده‌خویی اثر درمانی برقرار کند.

در ضمن بیماران دچار افسرده‌خویی به دلیل صدمه در کارکردهای شناختی توانایی اندکی در تمرکز و توجه در ماهیت‌های کلامی انتزاعی دارند و استفاده از یک زبان نمادین بر حوزه ادراکی آنان محسوب می‌شود که این نتایج با یافته‌های اورتونی (۱۹۹۸)، گیز (۱۹۹۰)، گلوکزبرگ (۱۹۸۷)، هریس و تب (۱۹۹)، هافمن و کمپ (۱۹۸۷)، جانسون (۱۹۹۶)، کارول (۱۹۹۴)، نلسون (۱۹۹۲)، مک‌گالون (۲۰۰۱)، استوارت (۲۰۰۲)، توو (۲۰۰)، استات، سالکوویس کیز و کارترایت‌هاتون (۲۰۱۰)، بلنکیرون (۲۰۱۰)، برنز (۲۰۰۷) در مورد افزایش معنادار میزان توانش حفظ و بازیابی اطلاعات آموزش داده شده در دراز مدت از طریق تکنولوژی آموزشی تلفیق شده با استعاره، حکایت‌های تمثیلی که تحت طبقه زبان نمادین قرار دارند، منطبق بود که احتمالاً با پیشینه مناسب و تکرارپذیر تحقیقات در مورد توانش خاص تمثیل در مانا سازی کلام محض، بتوان نیاز هدفمند و ساختاریافته کاربرد بهینه از استعاره و تمثیل را در انواع درمان‌های روان‌شناختی پیش‌بینی کرد و بر روی کاربست بالینی آن در کنترل و تعویق عود اختلال مطالعه و پژوهش کرد همان‌طور که بلنکیرون و همکاران از سال ۲۰۰۰ تا به حال تحت یک پروتوکل نظام‌مند رفتاردرمانی شناختی را در قالب داستان‌های تمثیلی کوتاه به بیماران آموزش می‌دهند^۱ و این به سبک درمانی خاصی در این ساختار درمانی در حال رواج است و قابلیت تبدیل به یک درمان فرهنگ محور را از بطن حکایت‌های فرهنگی عامه پسند دارد. مکانسیم قابل ذکری که در طی مشاهدات بالینی می‌توان در دستاورد نتایج معنادار در کاهش بیشتر و بادوام‌تر علایم افسردگی مزمن در طرحواره درمانی مبتنی بر شیوه تمثیلی به آن اشاره کرد، امکان ساماندهی اطلاعات پراکنده زبان گزاره‌ای که بیشتر در طبقه حافظه کوتاه مدت جایگذاری می‌شود، در یک طراز غنی‌تر شناختی مانند حافظه‌ای معنایی^۲ است و این بخش از تبیین با نتایج ساندور (۲۰۰۸) در جهت پردازش اطلاعات تمثیلی در قالب حافظه معنایی تطبیق دارد.

1. Stories and Analogies in Cognitive Behaviour Therapy
2. semantic memory

منابع

- احسان منش، مجتبی. (۱۳۸۰) همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال ششم، ۶، ۵۴-۶۹.
- افشاری منفرد، ژاله؛ باقری یزدی، سید عباس و بوالهری، جعفر. (۱۳۷۶). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان در مانگاه‌های عمومی شهر سمنان. *مجله طب و تزکیه*، شماره ۲۶، ۱۰-۱۵.
- امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سزور، سید علی، عکاشه، گودرزی. (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال هشتم، ۴، ۳۲-۳۹.
- باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهری، جعفر و شاه‌محمدی، داود. (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی اختلال روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال اول، ۱، ۳۲-۴۲.
- پلاهنگ، حسن؛ نصر مهدی، براهنی، محمد نقی و شاه‌محمدی، داود. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال دوم، ۴، ۲۷-۱۹.
- جاویدی، حجت‌الله. (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- حسینی‌فرد، سید مهدی. (۱۳۹۰) اثربخشی طرحواره‌درمانی در زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی. *پایان‌نامه دکترای بالینی*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حسینی‌فرد، مهدی؛ بیرشک، بهروز و عاطف وحید، محمدکاظم. (۱۳۸۴) همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رفسنجان. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره اول، ۸۰-۷۱.
- رحمانی، مهدی، (۱۳۸۸). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس - اجباری در شهر شیراز. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*، دانشگاه شیراز.
- شریفی، علی اکبر (۱۳۸۶). *راهنمای ام. سی. ام. ای (میلون ۳)*. تهران: روان‌سنجی.
- شریفی، ونادا؛ اسعدی؛ سید محمد؛ محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت

- اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای SCID براساس DSM-IV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. سال هشتم، شماره اول و دوم؛ ۱۰-۲۲.
- صاحبی، علی؛ اصغری، جواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روان‌شناسان/ان‌ایرانی، سال اول، شماره ۴، ۲۹۹-۳۱۲.
- صدوقی، زهره؛ آگیلار و وفایی، مریم؛ رسول زاده، طباطبایی، سیدکاظم و اصفهانیان، ناهید (۱۳۸۷) تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسش نامه طرحواره یانگ در نمونه غیربالینی ایرانی. مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴، ۲، ۲۱۴-۲۱۹.
- کاوایانی، حسین؛ احمدی ابهری و همکاران. (۱۳۸۱) شیوع اختلال‌های اضطراب در شهر تهران. فصلنامه‌اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره سوم، ۱۱-۴.
- نوربالا، احمد علی؛ باقری یزدی، سید عباس و یاسمن، محمدتقی. (۱۳۸۰). نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران. تهران: مولف.
- نوربالا، احمد علی؛ محمد کاظم و باقری یزدی، سید عباس. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در تهران. مجله حکیم، دوره دوم، ۴، ۲۱۲-۲۲۳.
- یانگ، جفری، (۱۳۸۴). شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد متمرکز بر طرحواره. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور. تهران: آگه و ارجمند.
- یانگ، جفری، کلوکسکو، ژانت، ویشار، مارجوری، (۱۳۸۶). طرحواره‌درمانی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند.
- یعقوبی، نورالله، مهدی و شاه محمدی، داوود (۱۳۷۴). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرای گیلان. فصلنامه‌اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۵۵-۶۵.
- Alpert, J., & Fava, M. (2004). Handbook of chronic depression. Diagnosis and therapeutic management. New York: Maca Pekker.
- Bakhtiari, M. (2000). Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder. MA thesis, clinical
- Barlow, D. H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York. Guilford press.
- Blackburn. I. M., & Peck D. F. (1995). *Behavioral and Cognitive therapies*. In R. E. Kendell, A. K. Really (Eds), Companion to psychiatric studies. Churchill Livingstone UK.
- Blenkiron P. (2010) Stories and analogies in Cognitive Behavioural Therapy, Wiley Blackwell.
- Burns, G. W. (2007). *Healing with stories: Your casebook collection for using*

- therapeutic metaphors* (pp. 12–300). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J.M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research Version (EMSQ-R). *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344-357.
- Dobson, K.S. and Mohammadkhani, P. (2007a). Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*, 29, 82-89.
- Epp, A., & Dobson, K. S. (2010). The evidence base for cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3rd ed., 39–73). New York, NY: Guilford Press.
- Fata, Ladan; Birashk, Behroz, Atef Vahid, Mohammad Kazem; Dobson, Keith (2005). "Semiotic Structures of schemas: anxiety modes & cognitive processing of anxiety information"; A comparison between two conceptual frameworks, *Thought & Behavior Quarterly*, 11th year, no. 3.
- Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2012). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*.
- Gibbs, Ray. (1990) "Comprehending Figurative Referential Descriptions." *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition* 16.1: 56–66.
- Gonzales, L. R., Lewinsohn, P. M., & Clark, G. N. (1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressive: an investigation of predictors of relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 461-469.
- Harpin, R. E., Liberman, R.P., Marks, I., Stern, R. & Bohannon, W. E. (1982). Cognitive behavior therapy for chronically depressed patients: a controlled pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 295-301.
- Hirschfeld, R. M.B. (1989). Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 648-654.
- Holzel L., Harter M., Reese ch., Kriston L. (2011). Risk factors for chronic depression-A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 129, 1-13.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27.
- Klein DN, Shankman SA, Rose S, 2006. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry*. ,163:872–880
- Kopp, R. (1995). *Metaphor therapy: Using client-generated metaphors in psychotherapy*. New York: Brunner /Mazel.
- Leahy, R. L. (2004). *Contemporary cognitive therapy Theory, research, and*

- practice*. New York: the Guilford Press.
- McCurry, S.M. & Hayes, S.C.(1992).Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, 12, 763-785.
- Murphy, A. J., & Gerard, J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139, 172–180.
- Ortony, A., Richard, J., Vondruska, M., Foss, A. & Lawrence, E. J. (1985). Saliency, Similes, and the Asymmetry of Similarity. *Journal of Memory and Language*, 24, 569–94.
- Pepper, C. M., Klain, D. N., Anderson, R. L., Riso, L.P., Quimette, P. C. (1995). Axis II Comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 239-247.
- psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran. (Persian).
- Riso, L. P. M., Gable, P., Maddux, R. E., John, C. Markowitz., & et al. (2012). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*, 117, 174–179.
- Riso, L. P., Dutoit, P. L., Blandino, J. A., Pena, S., & Dacay, J. S. (2003). Cognitive aspect of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 72-80.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., & et al. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 515-529.
- Riso, L. P., Klain, D. N., Ferro, T., Kasch, K. L., Pepper, C. M., Schwartz, J. E., & et al. (1996). Understanding the comorbidity between only-onset dysthymia and unstable personality disorder: A family study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 28-33.
- Riso, L. P., Klain, D. N., Ferro, T., Kasch, K. L., Pepper, C. M., Schwartz, J. E., & et al. (1996). Understanding the comorbidity between only-onset dysthymia and unstable personality disorders: A family study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 28-33.
- Sharifi, Vandad; Asaadi, Seyed Mohammad; Mohammadi, Mohammad Reza et al (2004) ; “Reliability & Ability to implement Persian version of Structured Diagnostic Interview for SCID according to DSM-IV”; “Cognitive Sciences News Quarterly, 8th Year”; first & second vols.; 10-22.
- Smits, J. A. J., & Otto, M. (2009). Exercise for mood and anxiety disorders: Th erapist guide. New York, NY: Oxford University Press.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 168–172.
- Thimm j. c.,2010. Personality and early maladaptive schemas; A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental*

psychiatry. 41,373-380.

Wishman, M. A. (2008). Adopting cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press.

Young, J., Norman, S & Thomas, J. (1995). Schema Questionnaire. *Journal of cognitive therapy and Reserch*. 19, 2, 95- 321.

Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. *clinical handbook of psychological disorders* 962-802 (New York: Guilford press).

Young, J. E. (2007). *Early maladaptive schemas in chronic depression*. In Riso (Ed) *Chronic Depression* (p. p41-58). New York: Guilford press.

Young, J. E., Klasko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford press.

Young, J., Norman, S., & Thomas, J. (1995). Schema Questionnaire. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 95- 321.