

اثربخشی طرحواره‌درمانی تمثیلی بر افسرده‌خویی جانبازان دچار استرس پس از سانحه جنگی مزمن (طرح تجربی تک‌موردی)

Effectiveness of analogical treatment schema on Dysthymic disorder of veterans with chronic PTSD (Single case experimental schema)

علیرضا احمدیان*، علی‌محمد نظری**، محمدحاجتی***، حمیدرضا حسن‌آبادی****، جعفر میرزایی*****

Abstract

Introduction: The present study aimed to examine the effectiveness of schema therapy based on conjunctive Analogical Stories training in the treatment of with Dysthymic Disorder.

Method: The pre-test, post-test, and single-test follow-up (PPF) scheme was used in this study, and, and 5 cases of dysthymic disordered PTSD veterans were treated using targeted-sampling method.

Results: The data analysis revealed that schema therapy based on conjunctive Analogical Stories training led to significant reductions in symptoms and healing the early schemas. Moreover, there was no lessening of effectiveness with recovery rates in the follow-up study, two month after the treatment.

Discussion: The large positive treatment effects found in the schema therapy based on conjunctive Analogical Stories suggest that this treatment is more successful in replacing maladaptive schemas with more healthy schemas, alleviating the severe symptoms of dysthymia, reduction of suffering a relapse and memory deficit in war related PTSD with dysthymic patients and achieving clinically significant and relevant improvement.

Keywords: Schema Therapy, Analogical Stories, Dysthymic, PTSD.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مطالعه میزان اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر شیوه آموزشی تمثیلی- استعاره‌ای در درمان افسرده‌خویی جانبازان دچار PTSD انجام شد.

روش: از طرح تجربی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تک‌آزمودنی استفاده شد و ۵ نفر از جانبازان PTSD دچار اختلال افسرده‌خویی به روش نمونه‌گیری هدفمند تحت درمان قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد، طرحواره‌درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی تمثیلی، موجب کاهش معنادار علائم بالینی افسردگی مزمن و نیز طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این بیماران شد و به علاوه این نتایج در یک نوبت پیگیری ۲ ماهه دوام مناسبی داشت. **بحث:** با کمک شیوه آموزشی تمثیلی و تولید حافظه معنایی «مانا» از عناصر درمانی با بهره از داستان‌های تمثیلی می‌توان گامی موثر، در ثبات نتایج درمان و جلوگیری از عود، در بیماران دچار PTSD مزمن که با مشکلات عدیده انواع حافظه دچار هستند، برداشت.

کلید واژه‌ها: طرحواره‌درمانی، داستان تمثیلی، افسرده‌خویی، استرس پس از سانحه

مقدمه

عوارض و پیامدهای ناشی از جنگ به عنوان یکی از مهمترین مشکلات روانشناختی مطرح در جهان می‌باشد. در این میان عوارض خلقی از ناتوان کننده ترین این عوارض می‌باشد که باعث بروز مشکلات متعدد برای افرادی که در جنگ حضور داشته‌اند، برای خانواده آنان و جامعه شده است. هنوز با گذشت ۳۱ سال از شروع جنگ تحمیلی عراق بر علیه ایران و ۲۳ سال از پایان آن، جانبازان اعصاب و روان از اختلالات گوناگونی رنج می‌برند. نتایج پژوهش مجیدی (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که شایع ترین اختلال روانی همراه جانبازان مبتلا PTSD، افسردگی با ۳۲ درصد شیوع است. چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۱، جنگ را نیز جزء عوامل روان‌خراش به حساب آورده که می‌تواند علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه^۲ را به وجود آورد. PTSD را یک رشته علائم نوعی که در پی تجربه؛ مشاهده یا مواجهه با رویدادهایی که خطر واقعی مرگ؛ تهدید به مرگ یا آسیب دیدگی وخیم؛ یا تهدید نسبت به تمامیت جسمانی خود یا دیگران را در بر دارد؛ تعریف می‌کنند. پاسخ فرد نسبت به رویداد؛ شامل ترس گسترده؛ ناامیدی یا وحشت بوده است. سه گروه اصلی از نشانه‌های آن شامل؛ تجربه مجدد حادثه بصورت آزاردهنده و مزاحم؛ رفتارهای اجتنابی و علائم مستمر تحریک بالاتر از حد معمول می‌باشد. بر اساس ضوابط نشانه شناختی DSMIV-TR در صورتی که نشانه‌های اضطرابی در خلال ۴ هفته پس از رویداد استرس زا آغاز شوند و ۲ تا ۲۸ روز تداوم یابند؛ می‌توان تشخیص اختلال استرس حاد را برای

آن ثبت نمود. اما اگر نشانه‌ها بیش از ۲۸ روز پایدار بمانند؛ تشخیص PTSD با وضعیت مزمن مطرح می‌شود (DSM-IV؛ ۱۹۹۴). نشانه‌های اختلال معمولاً مدت زمان کوتاهی پس از رویداد ضربه آمیز ظاهر می‌شوند. با این حال در پاره‌ای مواقع؛ یک دوره نهفتگی وجود دارد. بدین معنا که روزها و گاهی ماه‌ها پس از رویداد؛ فرد با فقدان نشانه‌های مرضی مواجه می‌باشد. معمولاً نشانه‌ها در خلال شش ماه پس از رویداد به خودی خود از بین می‌روند، اما ممکن است سال‌ها نیز باقی بمانند. به عنوان مثال؛ بر اساس یک بررسی به این نتیجه دست یافته‌اند که از دو میلیون و هفتصد هزار سرباز آمریکائی شرکت کننده در جنگ ویتنام حدود پانصد تا هفتصد هزار نفر یعنی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد آنها پس از گذشت سال‌ها از پایان جنگ هنوز از اختلال PTSD رنج می‌برند (ویس و همکاران؛ ۱۹۹۲). PTSD مزمن یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است و شیوع آن در طول زندگی ۷ تا ۱۲ درصد جمعیت عمومی است (کسلر^۳، سونگا^۴، برومت^۵، هگز^۶ و نلسون^۷، ۱۹۹۵؛ به نقل از الف، ۲۰۰۷). مهمتر آن که، ۵ تا ۶ درصد مردان و ۱۰ تا ۱۲ درصد زنان در زندگی خود از این اختلال رنج می‌برند. همین موضوع باعث شده تا PTSD چهارمین اختلال شایع روانپزشکی محسوب شود (الف، ۲۰۰۷). از عوارض مهم PTSD وجود طرحواره‌های رنج‌آور ناخواسته است. بنابراین در سال‌های اخیر مشکلات مربوط به طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مورد PTSD به یک موضوع مهم در تحقیقات تبدیل شده است (مارتین و

3- Kessler.
4- Sunnega.
5- Bromet.
6- Hughes.
7- Nelson.

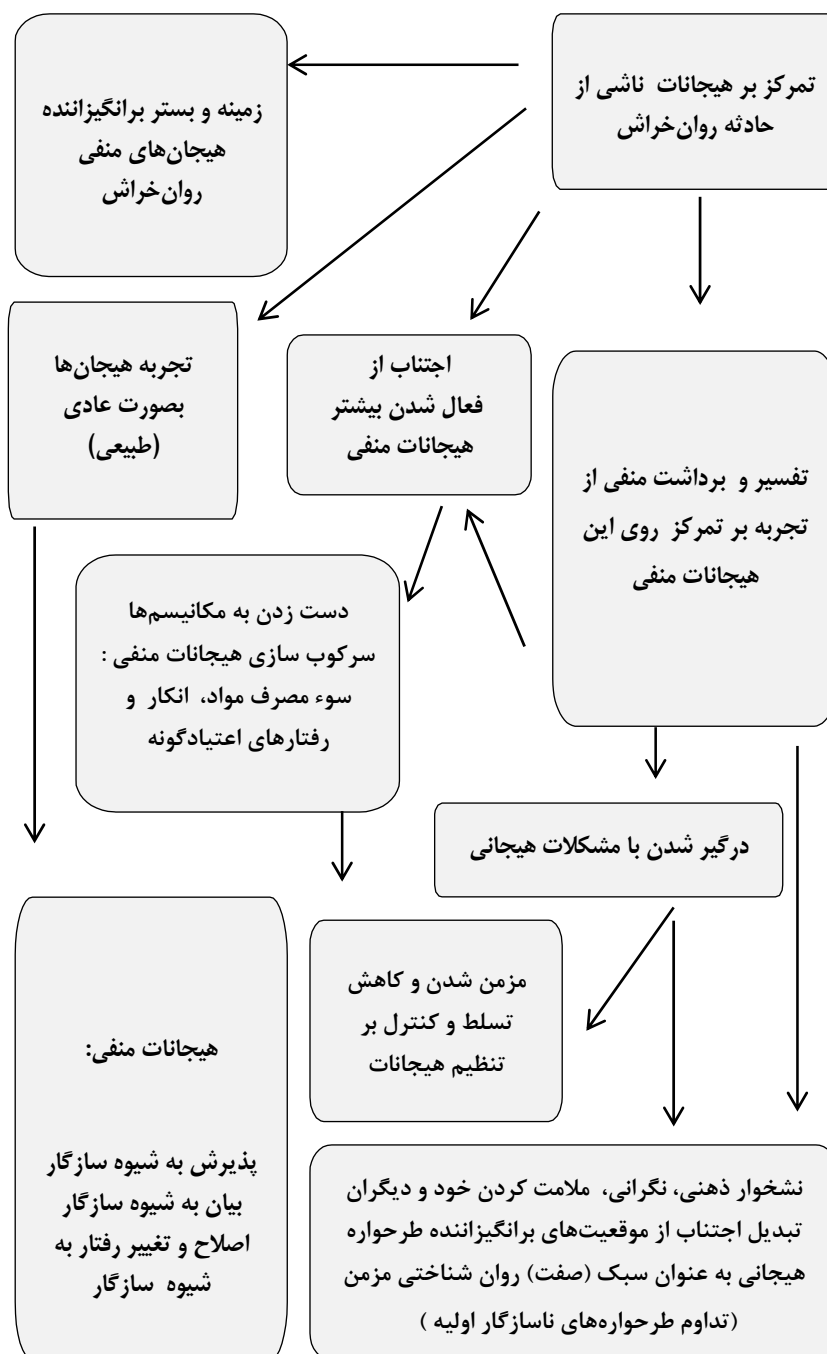
1- DSM-IV.
2- post traumatic stress disorder.

۲۰۰۵؛ مک‌کالوف^{۱۶}، تروستینسون^{۱۷} و اسچوت^{۱۸}، (۲۰۰۷). یانگ^{۱۹}، وینبرگر^{۲۰} و بک^{۲۱} (۲۰۰۱) در یک مرور تحقیقی گزارش کردند که رفتار درمانی شناختی در افسردگی، با میزان موفقیتی بالاتر از ۲۰ درصد بلافاصله پس از درمان همراه است ولی میزان عود^{۲۲} اختلال، پس از گذشت یک سال حدود ۳۰ درصد است و به علاوه تعداد قابل توجهی از بیماران در این جمعیت بالینی، از رفتار درمانی شناختی کلاسیک نتیجه نمی‌گیرند. علاوه بر این شیوع بالاتر تغییرات صفات شخصیتی پس از تروما در مبتلایان به PTSD (پیپر و همکاران^{۲۳}، ۱۹۹۵؛ ریسو و همکاران^{۲۴}، 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 بالینی قرار داد.

یانگ، (۲۰۱۱). در مطالعه همه‌گیرشناسی افسردگی مزمن، این اختلال به طور معناداری در میان مبتلایان به PTSD مزمن دیده می‌شود. از یکسو نیز برای حل مشکل ضعف درمان‌های معمول با توجه به بررسی پژوهش‌های مداخله‌ای، نتایج نشانگر آن است که درمان‌های روانشناختی متداول مثل شناخت درمانی کلاسیک بک، درمان بین فردی (کلرمن^۱ و وایزمن^۲، ۱۹۸۴)، حل مسأله محور (والیس^۳، ۱۹۹۵) در درمان مبتلایان به اختلال افسرده‌خویی با نتایج درمانی معناداری در این جمعیت همراه نبوده‌اند (گنزالس^۴، لوینسون^۵، کلارک^۶، ۱۹۸۵؛ فنل^۷ و تیزدل^۸، ۱۹۸۲؛ هارپین^۹، لیبرمن^{۱۰}، مارکس^{۱۱}، استرن^{۱۲}، بوهانون^{۱۳}، ۱۹۹۲؛ آرکیسکال و کاسانو، ۱۹۹۷، الپرت^{۱۴} و فاوا، ۲۰۰۴؛ دملو^{۱۵} و همکاران،

16- Malouff.
17- Thorsteinsoon.
18- Schutte.
19- Young.
20- Weinberger.
21- Beck.
22- Relapse.
23- Peper.
24- Riso.

1- Klerman.
2- Weissman.
3- Valice.
4- Gonzales.
5- Lewinson.
6- Clark.
7- Fenel.
8- Teasdale.
9- Harpine.
10- Liberman.
11- Marks.
12- Stern.
13- Bohannon.
14- Alpert.
15- Demelo.



شکل شماره ۱- برانگیزان‌های تروماتیک طحواره‌های ناسازگار اولیه (لیهی، ۲۰۱۱)

بعضی از محققین از جمله تیم^۱ (۲۰۱۰) معتقدند که طرحواره ناسازگار اولیه^۲ بعد از شکل‌گیری مانند صفت (رگه شخصیتی) در همه زمان‌ها عمل می‌کنند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳)^۳ و ویشمن (۲۰۰۸) و دابسون^۴ (۲۰۱۰) مطرح کردند که بسیاری از مفروضه‌های درمان‌های متداول در حوزه رفتار درمانی شناختی با ویژگی‌های اختلال مزمن چون افسرده‌خویی سازگار نیست. رفتار درمانی شناختی، در قالب سطوح شناختواره، رویکرد **بالا به پایین** را اتخاذ می‌کند، مثلاً در درمان افسرده‌خویی از سطح ناامیدی شروع می‌کند و سپس به مؤلفه‌های زیر بنایی و در نهایت، طرحواره‌ها پرداخته می‌شود (لیهی^۵، ۲۰۰۰) اما در طرحواره درمانی این روند به‌طور منطقی برعکس دنبال می‌شود. در فرآیند طرحواره درمانی، مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناختواره می‌روند. به عبارتی در رویکرد طرحواره

درمانی روش **پایین به بالا** عمل می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این تغییر رویکرد می‌تواند در پاسخ‌دهی به درمان تأثیر گذار باشد (دابسون، ۲۰۱۰). در مجموع از بیان مسأله می‌توان چنین نتیجه گرفت که به کارگیری درمان‌های رایج در حوزه رفتار درمانی شناختی در درمان افسرده‌خویی همبود با PTSD با موفقیت اندک و بسیار برگشت‌پذیری همراه بوده است و 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 طرحواره درمانی یانگ می‌تواند انتخاب درمانی^۶ مناسبی برای مبتلایان افسرده‌خویی همبود با PTSD مزمن باشد (ریسو و همکاران، ۲۰۰۷؛ آبل و همکاران، ۲۰۰۹، کویچیز^۷ و همکاران، ۲۰۱۰؛ هولز^۸، هارتر^۹، ریز^{۱۰} و کریستون^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ هیلمن^{۱۲}، کپو^{۱۳} و یانگ^{۱۴}، ۲۰۱۱).

جدول شماره ۱- چارچوب ابعادی روانی زیستی و اجتماعی افسرده‌خویی (استین، ۲۰۰۶)

زیستی	روانی	اجتماعی
کاهش خلق مثبت	احساس گناه	تنش در روابط میان فردی
بی‌قراری و تحریک‌پذیر	سرکوب احساس خشم	کناره‌گیری از وظایف و روابط اجتماعی
کاهش انگیزش زیستی	کاهش عزت نفس	کامبود حمایت‌های اجتماعی
کاهش اشتها و وزن	احساس ناامیدی	
کژتنظیمی در الگوی خواب	نگاه تیره به زندگی و کاهش چشم‌انداز مثبت برای آینده	
بیدار شدن زودهنگام صبحگاهی	نارضایتی از زندگی	
کاهش انگیزه‌های جنسی	احساس گناه	
کندی حرکتی	انتظار تنبیه	
از دست دادن انرژی	مشکل در تصمیم‌گیری	
	اشکال در تمرکز	

6- Tailoring therapeutic strategies.

7- Cuijpers.

8- Holzel.

9- Harter.

10- Reese.

11- Kriston.

12- Heilemann.

13- Kehoe.

14- Young.

1- Thimm.

2- Early Maladaptive Schemas (EMS).

3- Young.

4- Dabson.

5- Leahy.

قابلیت‌های ویژه این درمان برای سطوح شناختی و هیجانی مختلف بیماران استفاده و بهره‌برداری بالینی دارای دوام و رمزگردانی مفهومی غنی‌تری را برد (کوپ، ۲۰۰۵؛ پین، ۲۰۰۶؛ برنز، ۲۰۰۷). تاکید بر کاربرد مطلق زبان گزاره‌ای در جلسه روان درمانی برخورد با بن‌بست‌های درک مفهوم و منظور طرفین در روند درمان می‌شود و لازم است که روان درمانگران برای خروج از این بن‌بست‌های رسانش مفاهیم درمانی از زبان نمادین نظیر؛ یک بیت شعر^۱، تمثیل، ضرب‌المثل^۲، قصه و یا یک حکایت کوتاه و متناسب با محتوای بالینی برای کاهش این بن‌بست‌های ادراکی در جهت مفهوم سازی مناسب درمانی استفاده می‌کنند (برونل، ۱۹۸۸؛ گیبز، ۱۹۹۴؛ برنز، ۲۰۰۷؛ بلنکیرون، ۲۰۱۰). گونکالوس و کراین (۱۹۹۰) معتقدند که قوانین حاکم بر درمان‌های عمیق که به لایه‌های زیربنایی روانشناختی بیماران می‌پردازند بدون استفاده و مداخله بالینی حاوی زبان درمانی غنی از تمثیل‌هایی که بتواند با نزدیک شدن به طراز شناختی بیماران به توصیف دقیق مفاهیم درمان بپردازد، دشوار است (لایونز، ۱۹۹۵؛ مک کور، ۱۹۸۵؛ بریورز، ۱۹۹۵).

روش

طبق نظر کازدین (۱۹۹۸) پژوهش حاضر جزء مطالعات فرآیند پژوهی^۳ و نتیجه پژوهی قرار می‌گیرد. در طرح‌های تک موردی معمول‌ترین روش تحلیل چشمی نمودارها و داده‌ها است که می‌تواند تغییرات در سطح یا روند را با توجه به اعمال متغیر آزمایشی یعنی مداخله نشان دهد (کازدین، ۱۹۹۲). در این سبک روش آزمایش وقتی می‌توانیم بگوییم مداخله روانشناختی اثر بالینی معنادار بجا گذاشته

از سوی دیگر با الحاق تکنیک‌های تمثیلی - استعاری به محتوای روان درمانی‌ها، 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 توسط درمانگر طرح می‌شود را در جلسه درمان می‌شنوند، اما نسبت به ادراک عمیق و یاد سپاری این مفاهیم؛ اثربخشی درمانی زیادی ندارند و از طریق زبان نمادین (استعاره-تمثیل) است که در فرایند اثربخش‌تر در دریافت اطلاعات، ذخیره سازی، سازمان دهی، بازیابی اطلاعات نقش دارند می‌توان اطلاعات ناهم‌تراز از دو طبقه زبان شناختی مختلف را از یک نظام ادراکی روانشناختی انتزاعی‌تر به نظام ادراکی روانشناختی غالباً عینی منتقل نمود، 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 رفتار درمانی شناختی ارائه شده است (دابسون، ۱۹۸۸) اثربخش‌ترین رویکردهای درمانی صرفاً با یک زبان گزاره‌ای، نمی‌تواند آنچنان که شایسته یک درمان چند بُعدی 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). این نقد با پیش فرض‌های ذکر شده در مورد طرحواره درمانی کلاسیک نیز وارد است، زیرا در چارچوب راهنمای کلاسیک گام جدی و یا راهبرد خاصی را برای تسهیل سازی و هم‌تراز سازی مفاهیم بالینی تخصصی با طراز شناختی بیمار برنداشته است و با ضمیمه و تاکید بر ایجاد عناصر زبان تصویری در محاورات طرحواره درمانی کلاسیک می‌توان از

1- poetry or poems.

2- Proverb.

3- Process study.

توصیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه*به شیوه آموزشی تمثیلی**

* تشبیه آثار خشم به مانند جای میخ‌های روی دیوار روزی پدر یک پسر که فرزندی خشمگین، پرخاشگر، عصبی و تند مزاج داشت نقشه کشید تا در مورد عوارض این رفتار به وی هشدار دهد. لذا به وی یک جعبه میخ داد و به او گفت: هر بار که عصبانی شده و پرخاش می‌کنی یک میخ به دیوار بکوب. روز اول ۴۰ میخ به دیوار کوبید و همینطور که وی جلوتر می‌رفت، با کوبیدن میخ‌ها به دیوار حساب کار دستش آمد که باید خود را کنترل بیشتری کند و لذا با کمک این میخ کوبیدن‌ها توانست پرخاشگری و عصبانیت‌اش را کمتر نماید. پدر این پسر پرخاشگر به وی توصیه نمود حالا که توانستی به خودت کنترل بیابی، هر بار که خواستی عصبانی شوی و پرخاش نمایی ولی خودت را کنترل نمودی یک میخ از آن میخ‌هایی که به دیوار کوبیدی را از دیوار خارج نما. پدر به پسر گفت: تو کار بزرگی انجام دادی که توانستی بر خشم، پرخاش و عصبانیت فائق آمده و آن را مهار کنی. اما به سوراخ‌هایی که جای میخ‌های خارج شده از دیوارند نگاه کن و ببین دیوار دیگر مثل اولش نیست و آن حرف‌ها، عصبانیت‌ها و پرخاش‌ها که نمودی مانند زخمی و زهری با تمام این توصیفات جای خود را در روح، روان و بدنت به جای گذاشته و به هر حال اثرات سوء (ناراحتی قلبی، دیابت و ...) خود را باقی می‌گذارند. پسر، گاندی معتقد بود که: خشم اسیدی است که به ظرفی که در آن است بیشتر از چیزی که به آن پاشیده می‌شود آسیب و لطمه وارد می‌کند.

***عناصر درمانی عبارتست از:**

طرحواره ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی-بدرفتاری

است که نمره افراد از نقطه برش پایین بیاید. به عبارتی در اثر مداخله، نمره فرد به حد نمره افراد عادی برسد. در پژوهش حاضر از درصد بهبودی برای معناداری بالینی استفاده شده است. شیوه (طرح) درمان به این صورت بود که پس از ارجاع مراجعان بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال محور I (SCID) و بررسی ملاک‌های خروج توسط روانپزشک مرکز انجام شد. پس از انتخاب ۵ آزمودنی و با توجه به طرح آزمایشی 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 گردید. طبق نظر ریسو و همکاران (۲۰۰۷) طرحواره درمانی باید برای اختلال افسرده‌خویی به مدت تقریباً ۲ ماه پیگیری و دنبال گردد تا پایداری اثرات درمانی مشخص شود. ملاک خروج از درمان، نیز دو جلسه غیبت مداوم بود. استعاره و تمثیل‌هایی که برای مفهوم‌سازی مبانی طرحواره درمانی، برای مراجعان طرح شدند از راهنمای کاربست استعاره درمانی^۱ جورج برنز (۲۰۰۷)، متناسب با مفاهیم طرحواره درمانی استخراج و تطبیق داده شدند و به عنوان یک کارت یادیار از مفاهیم درمان، در اختیار مراجعان قرار گرفت.

نمونه‌هایی از کارتهای آموزش تکنیک‌های طرحواره درمانی به شیوه آموزشی تمثیلی

روش اجرا: از بین جانبازان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شرق تهران وابسته به دانشگاه شهید بهشتی، کسانی که واجد شرایط بالینی PTSD همبود با افسرده خوبی بودند، با شرایط جمعیت شناختی و شدت بالینی تقریباً همسان انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود:

- در حال حاضر سیمایه بالینی PTSD مزمن هستند.
- داشتن تشخیص اصلی و غالب اختلال افسرده خوبی
- محدوده سنی بین ۴۰ تا ۵۰ سال
- سطح تحصیلات حداقل دیپلم

ملاک‌های خروج:

- وجود هرگونه اختلال بارز دیگر در محور ۱ روانپزشکی که بتواند به عنوان تشخیص اصلی خود را مطرح کند.
- وجود بیماری‌های جسمی مرتبط با نشانه‌های افسردگی و اختلالات خلقی.
- مصرف داروهای ضد افسردگی ۴ تا ۶ ماه قبل از پژوهش.
- دریافت روان درمانی یک سال قبل از پژوهش.
- وجود اختلال شخصیت شدید.
- سوء مصرف یا وابستگی به مواد در یکسال قبل از پژوهش.

برای دستیابی به این هدف، ابتدا مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور (SCID)، توسط روانپزشک و روان‌شناس بالینی بر روی افراد اجرا شد. پس از اینکه تشخیص اولیه PTSD مزمن همراه با افسرده خوبی مشخص شد، ملاک‌های زیر مد نظر قرار گرفتند تا نمونه واجد شرایط انتخاب شود. این ملاک‌ها عبارتند از:

- ۱- قبلاً هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرده باشند.
- ۲- سطح تحصیلات آن‌ها حداقل دیپلم باشد.
- ۳- اختلال شخصیت شدید نداشته باشند. برای دستیابی به این هدف، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMIII) بر روی آنها اجرا می‌شود (منظور از اختلال شخصیت شدید، طبق نظر میلون (به نقل از

*توصیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه

به شیوه آموزشی تمثیلی

* درماندگی آموخته شده

نقل می کنند که خبر نگار جوانی از ادیسون پرسید: «چرا آقای ادیسون برای تعداد زیادی آزمایش و طی نمودن راه‌های مختلف برای اختراع لامپ که همگی مخبر به شکست شما شده اند، همچنان به آزمایشات خود ادامه می دهید» ادیسون با خونسردی پاسخ می دهد: «ببخشید آقا! من ۹۹۹ بار شکست نخورده ام، بلکه ۹۹۹ روش آموخته ام که نشان می دهد، چگونه لامپ ساخته نمی شود» ناپلئون هیل درباره این نگرش ادیسون اینطور می نویسد: «شخص عادی با تجربه به اولین شکست دست از تلاش بر می دارند، به همین دلیل است که در زندگی با انبوهی از توده‌های مردم عادی و تنها با یک ادیسون روبرو هستیم».

*عناصر درمانی عبارتست از:

طرحواره ناسازگار اولیه منفی گرای/بدبینی و شکست

*توصیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه

به شیوه آموزشی تمثیلی

* نفرت

شخصی یکی از دوستان قدیمی خود را، که با او در سلول‌های اردوگاه‌های اجباری نازی روزهای دشواری را گذرانده بود، ملاقات کرد واز او پرسید: «آیا نازیسم را بخشیده‌ای؟» «خوب! نه! من آن‌ها را نبخشیده‌ام من هنوز هم در آتش نفرت از آنان می سوزم. مرد به ملایمت گفت: «در آن صورت، آنها هنوز هم تو را در زندان دارند.»

*عناصر درمانی عبارتست از:

طرحواره ناسازگار اولیه تنبیه

شریفی، ۱۳۸۶) اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و پارانوئید است). علاوه بر کسانی که در BR نمره بزرگتر از ۸۴ کسب کنند، از این پژوهش کنار گذاشته می‌شوند.

۴- به اختلالات سایکوتیک (چه در زمان حال و چه در گذشته) مبتلا نباشند.

۵- به سوء مصرف مواد نیز مبتلا نباشند.

۶- چهارماه قبل از درمان داروهای روانپزشکی دریافت نکرده باشند.

افسرده‌خویی، همبودی زیادی با اختلالات دیگر دارد (هانت و همکاران، ۲۰۰۲)؛ که لاداسر و همکاران (۲۰۰۰) نیز با همین مشکل روبرو بوده‌اند. آنها برای فائق آمدن بر این مشکل، افرادی را انتخاب کرده‌اند که تشخیص اصلی آنها PTSD همبود با افسرده‌خویی بود. ما هم برای رفع این مشکل از همین راه حل استفاده می‌کنیم. بنابراین کسانی برای این پژوهش انتخاب می‌شوند که تشخیص اصلی آنها افسرده‌خویی باشد. پس از این که نمونه واجد شرایط انتخاب شد ۵ نفر به طور کنترل شده وارد درمان شدند.

ابزار

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای (SCID-)

DSM-IV^۱ نسخه بالینی‌گر^۲ (SCID-CV) اسکید 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 ۶ الگوی تشخیصی اختلالات محور 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 عبارتند 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 می‌باشد. 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 نوجوانان 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 ساختار یافته، مصاحبه‌ای انعطاف پذیر است که توسط فرست^۳، اسپیتزر^۴، گیبون^۵ و ویلیامز^۶ (به نقل از سگال^۷، ۱۹۹۷) تهیه شده است. تران^۸ و هاگا^۹ (۲۰۰۲) به نقل از تران و اسمیت^{۱۰} (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

3- First.

4- Spitzer.

5- Gibbon.

6- Williams.

7- Segal.

8- Tran.

9- Hagga.

10- Smith.

1- Structured Clinical Interview for DSM-IV.

2- Clinician version.

احساس بی‌ارزشی را گزارش کردند و به منظور بررسی رویای سازه بر پایه روش محاسبه رویی 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 آنها نشان داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد (محمدخانی و دابسون، ۱۳۸۶).

مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد

به وسیله دانیل وایسز و چارلز مارمر در سال ۱۹۹۷ و هماهنگ با ملاکهای DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین شد. آزمون IES اصلی تنها دو ملاک از چهار ملاک لازم برای تشخیص PTSD در DSM-IV را شامل می‌شد (افکار ناخواسته و اجتناب). IES-R به منظور پوشش علائم بیش‌انگیزگی؛ که چهارمین ملاک PTSD می‌باشد تدوین شده است. این آزمون شامل ۲۲ آیتم است که ۷ آیتم آن به IES اصلی اضافه شده است. از این ۷ آیتم؛ ۶ مورد آن علائم بیش‌انگیزگی را می‌پوشانند؛ از جمله: خشم و تحریک پذیری؛ پاسخ شدید به محرک‌های غیرمنتظره؛ مشکل در تمرکز؛ گوشه‌نشینی؛ و یک آیتم جدید افکار ناخواسته که تجربه مجدد شبه‌گسستگی در زمان وقوع واپس‌رانی واقعی را شامل می‌شود. آزمودنی‌ها می‌بایست هر آیتم را در مقیاس ۰ (هرگز)؛ ۱ (به ندرت)؛ ۲ (گاهی)؛ ۳ (اغلب) و ۴ (به شدت)؛ در هفت روز گذشته علامت‌گذاری نمایند.

پرسشنامه طرحواره یانگ فرم بلند ۲۳۲

سوالات ^۲ (YSQ-LF-232): پرسشنامه طرحواره‌های یانگ (یانگ و براون، ۱۹۹۰، ۲۰۰۱)، اولین بار به وسیله یانگ و براون در سال ۱۹۹۰، جهت ارزیابی طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه طراحی شد، و در سال ۱۹۹۴ مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه بر روی نمونه ۵۱۳ نفری از دانشجویان هنجاریابی شد که آلفای کرونباخ

بختیاری (۱۳۷۹) به نقل از محمد، (۱۳۸۷) نیز رویی این ابزار به وسیله متخصصین روان‌شناسی بالینی بررسی و تأیید شد و با استفاده از روش باز آزمایی 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 جمله‌است که هر گروه شامل ۴ گزینه می‌باشد. 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^۱ 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 باز آزمایی 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 باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۷ بوده است (فتی و همکاران ۱۳۸۴). همچنین قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) با اجرای BDI-II بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی ضریب آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمایی 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 بررسی رویی عاملی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) سه عامل جسمانی-حیاتی، شناختی - روانشناختی و بدبینی-

یافته‌ها

با استفاده از روش‌های مختلف آمار توصیفی و استنباطی به تفسیر نتایج حاصل از پرسشنامه‌های بالینی پرداخته و بدین منظور، از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر تک‌آزمودنی استفاده شد. در بعد سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این نمونه اندک اما مناسب غربال شده می‌توان به طرحواره‌های ناسازگار برجسته بدرفتاری- بی‌اعتمادی، تخریب‌خود، عیب‌جویی افراطی، طرد- رهاشدگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان، بازداری هیجانی اشاره نمود.

فرضیه

طرحواره درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی تمثیلی در کاهش علائم مزمن افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه جانبازان دچار PTSD اثربخش است.

در ۱۸ مقیاس مطلوب و بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمده‌است (فتی و دابسون در دست چاپ). نتایج آزمون، آزمون مجدد با فاصله ۱۵ روز در مورد ۱۸ طرحواره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده‌است. این پرسشنامه از اعتبار صوری و قضاوتی مطلوبی برخوردار است (به نقل از همان منبع). پژوهش‌های متعددی نیز کارآیی آن را در تفکیک بیماران بر مبنای طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه نشان داده‌اند (اسمیت^۱، جوینر^۲، یانگ، تلچ^۳، ۱۹۹۵؛ گوویا^۴، ۲۰۰۵؛ کسرو^۵، نلسون و جیلی^۶، ۲۰۰۴؛ واکر^۸، میر^۹، اوهانیان^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ لی^{۱۱}، تیلور^{۱۲}، دان^{۱۳}، ۱۹۹۹). در این پژوهش این ابزار برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه سه گروه شرکت‌کننده در طرح مورد استفاده قرار گرفت. پس از اینکه نمونه واجد شرایط انتخاب شد، ۵ نفر به طور کنترل شده به واسطه انتخاب تصادفی و با لحاظ شرایط همتاشده از نظر نمره افسردگی که همگی در طیف ۲۵ تا ۲۸ و نمره تجمعی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طیف ۱۰۰۰ تا ۹۰۰ وارد درمان شدند.

جدول شماره ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران

ردیف	سن	جنسیت	تحصیلات	مدت ابتلا	وضعیت شغلی	وضعیت تأهل	تشخیص
۱	۴۷	مذکر	فوق دیپلم	۳۰	بازنشسته	متأهل	DD+PTSD
۲	۴۷	مذکر	دیپلم	۲۸	بازنشسته	متأهل	DD+PTSD
۳	۴۶	مذکر	دیپلم	۲۹	بازنشسته	طلاق	DD+PTSD
۴	۴۸	مذکر	دیپلم	۳۱	بازنشسته	متأهل	DD+PTSD
۵	۴۶	مذکر	دیپلم	۳۱	بازنشسته	متأهل	DD+PTSD

8- Walker.
9- Meyer
10- Ohanian.
11- Lee.
12- Tailure.
13- Dunn.

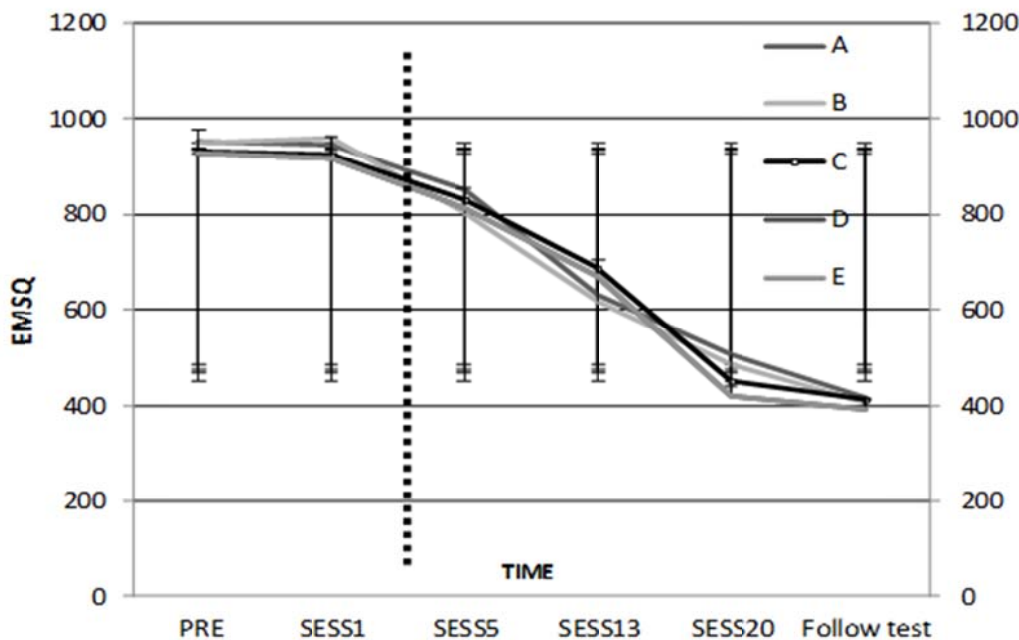
1- Schmidt.
2- Joiner.
3- Telch.
4- Gouveia.
5- Cecero.
6- Nelson.
7- Gillie.

جدول شماره ۳- مقایسه نمرات مراجعان در افسردگی بک- نسخه دوم و فرم بلند طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ نسخه دوم

مراجع هـ	مراجع د	مراجع ج	مراجع ب	مراجع الف	شاخص‌های مورد سنجش در بازه زمانی
(خط پایه)					
۹۱۳	۹۲۹	۹۳۱	۹۴۸	۹۵۳	EMSQ-LF
۲۸	۲۸	۲۶	۲۶	۲۵	BDI-2
(جلسه اول)					
۹۳۰	۹۱۷	۹۲۵	۹۵۹	۹۴۵	EMSQ-LF
۲۷	۲۷	۲۸	۲۶	۲۶	BDI-2
(جلسه پنجم)					
۸۴۳	۸۱۳	۸۳۱	۸۰۱	۸۵۱	EMSQ-LF
۲۰	۲۲	۱۸	۲۱	۲۰	BDI-2
(جلسه سیزدهم)					
۶۵۴	۶۷۱	۶۸۸	۶۱۸	۶۳۱	EMSQ-LF
۱۵	۱۳	۱۵	۱۸	۱۶	BDI-2
(جلسه بیستم)					
۴۸۲	۴۲۰	۴۵۱	۴۸۵	۵۰۸	EMSQ-LF
۱۳	۱۱	۱۰	۱۲	۱۳	BDI-2
(جلسه پیگیری)					
۴۱۳	۳۹۱	۴۱۳	۴۰۷	۴۱۵	EMSQ-LF
۸	۷	۱۲	۱۰	۱۱	BDI-2
%۷۴	%۵۸	%۵۵	%۵۷	%۵۶	درصد بهبودی طرحواره‌های ناسازگار اولیه
%۵۳	%۷۵	%۵۴	%۶۲	%۵۶	درصد بهبودی افسردگی
%۶۰					درصد بهبودی کلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه
%۷۲					درصد بهبودی کلی افسردگی

در جمعیت ایرانی تلقی می‌شود و نمره تجمعی کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نزدیکی خط پایه استاندارد و ۶۰ درصد بهبودی رسیده که یک دستاورد درمانی چشمگیر برای طرحواره‌های مقاوم به درمان PTSD تلقی می‌شود.

نمودار مقایسه زمانی در مراحل سنجش درمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سنجش متغییر نشانگر اثربخشی بالینی درمان است که در کل، سیر زمانی کاهشی معنادار داشته و نمره افسردگی بک به زیر نمره خط پایه ۱۳-۱۴ که نمره سالم از حیث افسردگی



شکل شماره ۲- سیر درمانی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر روی ۵ بیمار مبتلا به PTSD مزمن.

تلویحات بالینی

جانبازان دچار PTSD همبود با افسرده‌خویی از علایم جسمی (مثل خستگی زودرس، تحریک پذیری و کج خلقی) رنج می‌برند و ممکن است سال‌ها برای رفع مشکلات خود به پزشکانی مراجعه کرده باشند و این باور در ذهنشان جای گرفته که مشکل آن‌ها منشاء جسمانی مانند دیابت یا تیروئید دارد. به نظر می‌رسد این شیوه درمانی در بیماران کم سواد و یا دارای انتظارات درمانی سریع الوصول (فوری) نا مناسب باشد. تجربه پژوهشگر نشان می‌دهد که به کارگیری فرمول‌بندی درمانی عینی و به دور از دورنماهای انتزاعی می‌تواند در میزان موفقیت درمانگر در متقاعد سازی منطقی بیماران افسرده‌خو موثر واقع شود.

بحث

با توجه به مشکل کاهش زمان نگهداری و مساله بازیابی اطلاعات دریافت شده در اختلال PTSD

مزمن، تحقیق حاضر با تمرکز بر روی نقش یادیارهای تمثیلی برای مانا سازی مبانی طرحواره درمانی برای این بیماران، توانست نتایج قابل توجهی را از الحاق این شیوه آموزشی در روان درمانی‌های کلاسیک مشاهده نماید 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 نمود. 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، ولی تحت مطالعات بالینی دقیق متوجه شدیم که تمثیل از طریق مکانیسم‌های تداوم بخش حافظه معنایی به مفاهیم درمانی تبادل شده در جلسه درمان توان و عمر و عمق بیشتری می‌بخشد که در بررسی عود فرضیه اول و سایر متغیرها این مساله به روشنی دیده می‌شود.

محدودیت‌ها

در راستای توسعه راه‌های جدید برای کاستی‌ها و بُن بست‌های مفهوم‌سازی درمانی، پژوهش‌های اندک و پراکنده در زمینه طرحواره درمانی و کاربرد بالینی از استعاره و تمثیل، از مشکلاتی بود که کار تعمیم‌پذیری نتایج حاصل را می‌کاهد (به نقل از بارکر^۱، پیسترانگ^۲ و الیوت^۳، ۱۹۹۴).

پیشنهادها

در هر صورت برخی از نتایج درمان به ویژگی‌های درمانگر (چگونگی کاربرد دستورالعمل‌های درمانی، انجام جلسات درمان، توانایی او برای ضابطه بندی مشکل، چاره اندیشی برای مشکلات درمان، حساسیت او بر روی پاسخگویی به نیازهای بیمار) بستگی دارد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود از دو درمانگر جداگانه و جمعیت تحت مطالعه بیشتر استفاده شود یا مقیاس‌های عینی برای سنجش برخی از این متغیرها قبل از درمان به کار گرفته شود. باتوجه به عقیده سیدمن^۴ (به نقل از بارکر^۵، پیسترانگ^۶ و الیوت^۷، ۱۹۹۴) پیشنهاد می‌شود این پژوهش به سه صورت تکرار شود:

۱- تکرار کامل^۸ (اجرای دوباره پژوهش توسط همین پژوهشگر).

۲- تکرار حقیقی^۹ (اجرای دوباره همین پژوهش توسط دیگران با همین مقیاس‌های سنجشی).

۳- تکرار نظام‌مند^{۱۰} (اجرای همین پژوهش در جمعیت دیگر و با سایر مقیاس‌های سنجشی).

- 1- Barker.
- 2- Pictrang.
- 3- Elliot.
- 4- Sidman.
- 5- Barker.
- 6- Pictrang.
- 7- Elliot.
- 8- Litral.
- 9- Operational.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری صمیمانه و شایسته اداره مشاوره و بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (ره)، سرکار خانم دکتر افسون رحیمیان‌شاد و جناب آقای دکتر نعمت‌الله محمدی‌نیا ریاست محترم مرکز بهداشت شرق تهران تقدیر و تشکر می‌نمایم.

منابع

- ۱- احسان منش، مجتبی (۱۳۸۰) همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال ششم، ۶، ۵۴-۶۹.
 - ۲- افشاری منفرد، ژاله؛ باقری یزدی، سید عباس و بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. *مجله طب و تزکیه*، شماره ۲۶، ۱۰-۱۵.
 - ۳- امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سید علی، عکاشه، گودرزی (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال هشتم، ۴، ۳۲-۳۹.
 - ۴- باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر و شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال اول، ۱، ۴۲-۳۲.
 - ۵- پالاهنگ، حسن؛ نصر مهدی، براهنی، محمد نقی و شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال دوم، ۴، ۱۹-۲۷.
 - ۶- جاویدی، حجت‌الله (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
 - ۷- حسینی‌فرد، سید مهدی (۱۳۹۰) اثربخشی طرحواره درمانی در زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی. *پایان نامه دکترای بالینی*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
 - ۸- حسینی‌فرد، مهدی؛ بیرشک، بهروز و عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۴) همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رفسنجان. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره اول، ۸۰-۷۱.
 - ۹- رحمانی، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس- اجباری در شهر شیراز. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*، دانشگاه شیراز.
 - ۱۰- شریفی، علی اکبر (۱۳۸۶). *راهنمای ام. سی. ام. ای (میلون ۳)*. تهران: روان‌سنجی.
 - ۱۱- شریفی، وناد؛ 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؛ ۲۲-۱۰.
 - ۱۲- صاحبی، علی؛ اصغری، جواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، سال اول، شماره ۴، ۲۹۹-۳۱۲.
 - ۱۳- صاحبی، علی (۱۳۸۷). *تمثیل درمانگری (کاربرد تمثیل در بازسازی شناختی)*، چاپ اول، تهران، سمت.
 - ۱۴- صاحبی، علی (۱۳۸۹). *قصه درمانی (گستره تربیتی و درمانی تمثیل)*، چاپ اول، تهران، ارجمند.
 - ۱۵- صدوقی، زهره؛ آگیلار و وفایی، مریم؛ رسول زاده، طباطبایی، سید کاظم 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.
 - ۱۶- قاسم زاده، حبیب‌الله (۱۳۷۹). *استعاره و شناخت*. تهران: فرهنگان.
 - ۱۷- کاویانی، حسین؛ احمدی ابهری و همکاران (۱۳۸۱) شیوع اختلال‌های اضطراب در شهر تهران. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره سوم، ۱۱-۴.
 - ۱۸- کیان‌نیا، محمدعلی (۱۳۷۵). *زن امروز، مرد دیروز*، تحلیلی بر اختلافات زناشویی. تهران: انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان.
 - ۱۹- نوربالا، احمد علی؛ باقری یزدی، سید عباس و یاسمن، محمدتقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*. تهران: مولف.
 - ۲۰- نوربالا، احمد علی؛ محمد کاظم و باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۸). *بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در تهران*. *مجله حکیم*، دوره دوم، ۴، ۲۱۲-۲۲۳.
 - ۲۱- مجیدی، عفت (۱۳۸۵) بررسی فراوانی اختلالات روانی همبود با PTSD. *پایان نامه دکترای پزشکی*، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
 - ۲۲- یانگ، جفری (۱۳۸۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد متمرکز بر طرحواره*. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور. تهران: آگه و ارجمند.
 - ۲۳- یانگ، جفری، کلوکسو، ژانت، ویشار، مارجوری (۱۳۸۶). *طرحواره درمانی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهراندوز. تهران: ارجمند.
 - ۲۴- 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.
- 25-Alpert, J., & Fava, M. (2004). Handbook of chronic depression. Diagnosis and therapeutic management. New York: Maca Pekker.

- Kendell, A. K. Really (Eds), Companion to psychiatric studies. Churchill Livingstone UK.
- 41-Blenkiron P. (2010) Stories and analogies in Cognitive Behavioural Therapy, Wiley Blackwell.
- 42-Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York:
- 43-Brambilla, F., Catalano, M., Grenazzani, A. R., Facehinetti, F., Pugnetti, L., & Scarone, S. (1987). *Neuroendocrine aspects of dysthymic disorder*. Raven Press, New York.
- 44-Bryant, R. A., Sutherland, K. G., Guthrie, R.M. (2007). Impaired specific autobiographical memory as a risk factor for posttraumatic stress after trauma. *Journal of Abnormal psychology*, 116,837-841.
- 45-Burns, G. W. (2001). *101 healing stories: Using metaphors in therapy*. New York: Wiley.
- 46-Burns, G. W. (2005). *101 healing stories for kids and teens: Using metaphors in therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- 47-Burns, G. W. (2007). *Healing with stories: Your casebook collection for using therapeutic metaphors* (pp. 12-300). Hoboken, NJ: Wiley.
- 48-Chadwick, P. D. J., & Lowe, C. F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- 49-Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley Sons, INC.
- 50-Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of memory and language*, 53, 594-628.
- 51-Conway, M. A., & Play Dell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self- memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- 52-Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., De Silva, P., et al. (2003). Self reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patient with eating disorders. *Emotion*, 3, 211-222.
- 53-Demeyer, I., De Lissnyder, E., Koster, E. H. W., & De Raedt, R. (2012). Rumination mediates the relationship between impaired cognitive control for emotional information and depressive symptoms: A prospective study in remitted depressed adults. *Behavior Research and Therapy*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.012>.
- 54-Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of
- 26-American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th., DSM-IV). Washington, DC: Author.
- 27-Aragones, E., Pinol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry*, 4, 21-35.
- 28-Bamber, M., & Price, J. (2006). *A Schema-focused model of occupational stress*. In M. Bamber (Eds). CBT for occupational stress in health professionals: introduction a schema-focused approach. London: Routledge.
- 29-Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Rabasca, A., & Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the big five late childhood. *Personality and Individual Differences*, 34, 654-664.
- 30-Barlow, D. H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York. Guilford press.
- 31-Barlow, D., Craske, M., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-268
- 32-Battino, R. (2002). *Metaphoria: Metaphor and guided metaphor for psychotherapy and healing*. Williston, VT: Crown House.
- 33-Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- 34-Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- 35-Beck, A. T., & Freeman, A. 1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- 36-Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- 37-Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- 38-Bernstin, D. P. (2005). *Schema therapy for personality disorders, Handbook of personology and psychothology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- 39-Blackburn I. M., & Davidson K. M. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. London: Blackwell Scientific Publications.
- 40-Blackburn. I. M., & Peck D. F. (1995). *Behavioral and Cognitive therapies*. In R. E.

- 67-Glucksberg, S., Gildea, P., & Bookin, H. B. (1982). On understanding nonliteral speech: Can people ignore metaphors. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 21, 85-98.
- 68-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.
- 69-Gordon, D. E. (1988). *Formal and interpersonal and affective disturbances in adolescents*. In E. D. Nannis & p. a. Cowan (Eds), *Developmental Psychopathology and Its Treatment*, (pp. 51-73). San Francisco: Jossey-Bass.
- 70-Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over Mood: A Cognitive Therapy Treatment Manual for Clients*. New York: Guilford Press.
- 71-Grelisma, C., Das, J., & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Depressed patients Parental representations: Stability across changes in depressed mood and specificity across diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 27, 173-181.
- 72-Hammond, D. C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton.
- 73-Hays, J. C., Krishnan, K. R. George, L. K., Pieper, C. F., E. P., & Blazer, C. G. (1997). Psychosocial and Physical correlates of chronic depression. *Psychiatry Res*, 72, 149-159.
- 74-Heilemann, M. V., Pieters H. C., Kehoe, P., & Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 473-480.
- 75-Heimberg, R. G. (1990). *Cognitive behavior therapy (for social phobia)*. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comparative handbook of treatments for adult disorders* (pp. 203-218). New York: Wiley.
- 76-Hirschfeld, R. M. B. (1989). Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 648-654.
- 77-Hoffman, R. R., & Kemper, S. (1987). What could reaction-time studies be telling us about metaphor comprehension?. *Journal of Metaphor & Symbolic Activity*, 2(3), 149-186.
- 78-Hölzel, A., & Lars, H. M. (2011). Risk factors for chronic depression -A systematic the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477, <http://dx.doi.org/10.1038/Nrn3027>.
- 55-Duggan, C. F., & Lee, A. S. (1990). Predict long term outcome in depression? *British Journal of Psychiatry*, 157, 19-24.
- 56-Dura, J. R., Stukenberg, K. W., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Chronic stress and depressive disorders in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 284-290.
- 57-Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A clinical review of the construct specificity and implication for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25-36
- 58-Ennett-Levy, J., Richards, D., & Farrand, P. (2010). *Low intensity CBT interventions: A revolution in mental health care*. In: *The Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- 59-Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & Doll, H. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469
- 60-Fekadu, A., & Abebaw, S. J. (2012). What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. *Journal of Affective Disorders*, 11(6), 4-11.
- 61-Ferrara, K. W. (1994). *Therapeutic ways with words*. New York: Oxford University Press.
- 62-Fisher, J., & Corcoran, K. (2007). *Measures for clinical Practice and research*. Oxford: Oxford Press.
- 63-Frank, E., & De Readt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behavior Research and Therapy*, 57, 1531-1541.
- 64-Gaffan, E. A., Tsaousis, I., & Kemp-Wheeler, S. M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 966-980.
- 65-Gibbs, Ray. "Comprehending Figurative Referential Descriptions." *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition* 16.1 (1990): 56-66.
- 66-Glucksberg, S. (2003). The psycholinguistics of metaphor. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 92-96.

- treatment approach for dysthymic disorder. *Psychiatry*, 47, 234-250.
- 92-McCurry, S. M., & Hayes, S. C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, 12, 763-785.
- 93-McCurry, S.M. & Hayes, S.C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, 12, 763-785.
- 94-McFarland, B. R., & Klein, D. N. (2005). Mental health service use by Patients with dysthymic disorder: treatment use and dropout in a 7 1/2-year naturalistic follow-up study. *Comparative Psychiatry*, 46, 246-253.
- 95-McGlone, M. S., & Manfredi, D. A. (2001). Topic-vehicle interaction in metaphor comprehension. *Memory and Cognition*, 29, 1209-1219.
- 96-McKeith, I. G., Marshall, E. F., Ferrier, I. N., Armstrong, M. M., & et al. (1987). 5-HT receptor binding in post-mortem brain from patients with attentive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13, 67-74.
- 97-Miller, L. W., Norman, W. H., & Dow, M. C. (1986). Psychosocial characteristics of double depression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1042-1044.
- 98-Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- 99-Moori, G., & Garland, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- 100-Moradi, A. R., Herlihey, J., Yasseri, G., Sahraray, M., Turner, S., Dalglish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspect of autobiographical memory in relation to symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychologica*, 127, 645-653.
- 101-Murphy, a. , Jenifer, Gerard, j. , Byrne. ,(2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139, 172-180.
- 102-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.
- 103-Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychological Review*, 21, 421-446.
- review. *Journal of Affective Disorders*, 129, 1-13.
- 79-Howland, R. H., & Thase, M. E. (1991). Biological studies of dysthymia. *Biol. Psychiatry*, 30, 283-304.
- 80-Howland, R. H. (2004). Psychopharmacology of dysthymia. *Handbook of chronic depression: Diagnosis and therapeutic management*(pp. 159-182). New York: Marcel Dekker.
- 81-Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197-206.
- 82-Ingram, R. E., Hayes, A. Q., & Scott, W. (2000). Empirically Supported treatment: A critical analysis. New York: Wiley.
- 83-Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press.
- 84-Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. New York: Guilford Press.
- 85-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
- 86-Kopp, R. R. (1995). Metaphor therapy: Using client-generated metaphors in psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
- 87-Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- 88-Leader, J. B., Klein, D. N. (1996). Social adjustment in dysthymia double depression and episodic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 37, 91-101.
- 89-Leahy, R. L. (2004). *Contemporary cognitive therapy Theory, research, and practice*. New York: the Guilford Press.
- 89-Lopez-Ibor, J. J., Saiz-Ruiz, J., & Iglesias, L. M. (1989). Neuroendocrine challenges in the diagnosis of depressive disorders. *British Journal of Psychiatry(supplement)*, 154, 73-76.
- 90-Maes, M., Vandewoude, M., Maes, L., Schotte, C., & Cosyns, P. (1989). A revised interpretation of the TRW test results in female depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 16, 203-213.
- 91-McCullough, J. P. (1984). Cognitive behavior analysis system of psychotherapy(CBASP): An interactional

- aspect of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 72-80.
- 115-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.
- 116-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.
- 117-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.
- 118-Rotter, J. B. (1978). Generalize expectancies for problem-solving and psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 1-10.
- 119-Rubin, D. C., Bernsten, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of post traumatic stress disorder: evaluating basic assumption underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985-1011.
- 120-Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- 121-Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- 122-Salemink, E., Hertel, P., & Mackintosh, B. (2010). Interpretation training influences memory for prior interpretations. *Emotion*, 10(6), 903-907, <http://dx.doi.org/10.1037/a0020232>.
- 123-Sava, F. A. (2009). Maladaptive schemas, Irrational beliefs, and their relationship with the five-factor personality model. *Journal of cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9, 135-147.
- Sconfeld, S., Ehlers, A., Bollinghaus, L., Reif, W. (2007). Over general memory and suppression of trauma memories in post traumatic stress disorder. *MEMORY*, 15 (3), 339-352.
- 124-Shelton, R. C., Davidson, J., Yonkers, K. A., Koran, L., Thase, M. E., Pearlstein, T., & Halbreich, U. (1997). The undertreatment of
- 104-Olff, M., Laneland, W., Gersons, B. P., (2005). The psychology of PTSD: Coping with trauma. *psychoneuroendocrinology*, 30, 974-982.
- 105-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.
- 106-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.
- 107-Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 108-Phillips, W. J., Hine, D. W., & Thorsteinsson, E. B. (2010). Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 691-709, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.002>.
- 109-Piaget, J. (1981). Intelligence and affectivity: Their relationship during child development. Palo Alto, CA: Annual Reviews. Original work published 1954.
- 110-Piolino, P., Coste, C., Martinelli, P., Mace, A. L., Quinette, P., Guillery-Girard, B., et al. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory and aging: Do the executive and feature binding function of working memory have a role?. *Neuropsychologia*, 48, 429-440.
- 111-Raes, F., Williams, G. M., Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 40, 24-38.
- 112-Reid, T., & Startup, P. M. (2010). Autobiographical memory specificity in borderline personality disorder: Associations with intellectual ability. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 413-420.
- 113-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.
- 114-Riso, L. P., Dutoit, P. L., Blandino, J. A., Pena, S., & Dacay, J. S. (2003). Cognitive

- Chronic Depression(p. p41-58). New York: Guilford press.
- 138-Young, J. E., Klasko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford press.
- 139-Young, J., Norman, S., & Thomas, J. (1995). Schema Questionnaire. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 95-321.
- dysthymia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 59-65.
- 125-Stein, D. J., Kupfer, D. J., & Schatzberg, A. F. (2006). The American psychiatric publishing textbook of mood disorders. Washington, DC: American Psychological Association.
- 126-Stewart, M. T., & Heredia, R. R. (2002). Comprehending spoken metaphoric reference: A real-time analysis. *Experimental Psychology*, 49, 34-44.
- 127- Stott, M., Salkovskis, L., & Cartwright, H. (2010). *Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges*. Oxford: Oxford University Press.
- 128-Sumner, J. A.(2012). The mechanism underlying over general autobiographical memory: An evaluative review of evidence for CAR- FA-X model. *Clinical Psychology Review*, 32, 34-48.
- 129-Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behavior Research and Therapy*, 31(4), 339-345.
- 130-Torpey, D. C., & Klien, D. N. (2008). Chronic depression: Update on classification and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 10, 458-464.
- 131-Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B., (2007). Reducing vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- 132-Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1989). *Hypochondriasis*. In J. Scott, M. G. Williams, & A. T. Beck(Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative case book*(pp. 50-77). London: Routledge.
- 133-Whybrow, P. C., Akiskal, H. S., & McKinney, W. T. (1985). *Mood Disorders: Toward a New Psychobiology*. New York: Plenum Press.
- 134-Williams, J. M. G., Watts, F. N., McLeod, C. R., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. New York: Wiley
- 135-Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., & Watkins, E., et al. (2007). Autobiographical Memory Specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122- 148.
- 136-Wishman, M. A. (2008). *Adopting cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- 137-Young, J. E. (2007). *Early maladaptive schemas in chronic depression*. In riso(Ed)