

تفکیک افسردگی مزمن از غیرمزمن براساس دو سازه بیش کنترل‌گری و پیوند اجتماعی

Differentiating Chronic From Nonchronic Depression Through Overcontrolling and Social Connectedness Constructs

Khadije Alavi

Mohammad Ali Asghari Moghadam

Abbas Rahiminezhad

Hojatollah Farahani

خدیدجه علوی*

محمدعلی اصغری مقدم**

عباس رحیمی نژاد***

حجت‌الله فراهانی****

Abstract

Current studies show that specific pathological features separating chronic depression from non-chronic remain largely unknown. In his psychopathological theory, Lynch has introduced two constructs namely overcontrolling and social connectedness that can not only explain the depression but also its chronicity and treatment resistance. The purpose of this study was to investigate the strength of these two constructs in distinguishing chronic depression from non-chronic depression. The study sample consisted of 20 patients with chronic depression, 16 patients with non-chronic depression and 17 healthy subjects (n=53) who were selected using purposeful sampling. The data were analyzed using MANOVA. The findings showed that overcontrolling and social connectedness were able to distinguish patients with chronic depression, patients with non-chronic depression and healthy subjects from each other; however, analyzing each variable individually, reveal that ambivalence over expression of emotions did not differentiate between patients with chronic depression and patients with non-chronic depression. Also the personal need for structure could not differentiate between the groups. The implications of the findings are discussed.

Keywords: Overcontrolling, Social Connectedness, Chronic Depression, Nonchronic Depression

چکیده

هدف مطالعه حاضر، بررسی توان این دو سازه در تفکیک افسردگی مزمن از غیرمزمن بود. نمونه مطالعه ۲۰ نفر (۱۵ زن، ۵ مرد) بیمار افسرده مزمن، ۱۶ نفر (۱۴ زن، ۲ مرد) بیمار افسرده غیرمزمن و ۱۷ نفر (۱۴ زن، ۳ مرد) فرد سالم (n=53) بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون MANOVA تحلیل شدند. یافته‌ها نشان دادند که سازه‌های بیش کنترل‌گری و پیوند اجتماعی توانستند افراد مبتلا به افسردگی مزمن، افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن و افراد سالم را از یکدیگر تفکیک کنند؛ با این حال، در بررسی هر یک از متغیرها به صورت جداگانه، دوسوگرایی در ابراز هیجان موفق به تفکیک بیماران افسرده مزمن از بیماران افسرده غیرمزمن نشد و نیاز شخصی به ساختار نیز نتوانست هیچ‌یک از سه گروه یادشده را از یکدیگر تفکیک کند. تلویحات مربوط به یافته‌ها، مورد بحث قرار گرفته است. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد، جنبه‌های آسیب‌شناختی خاصی که افسردگی مزمن را از افسردگی غیرمزمن جدا می‌کند، تا حدود بسیاری ناشناخته باقی مانده است. لیتنج در نظریه آسیب‌شناسی خود، دو سازه بیش کنترل‌گری و پیوند اجتماعی را معرفی کرده است. وی معتقد است، علاوه بر تبیین افسردگی، مزمن و مقاوم به درمان شدن آن را نیز تبیین می‌کند.

واژه‌های کلیدی: بیش کنترل‌گری، پیوند اجتماعی، افسردگی مزمن، افسردگی غیرمزمن

نویسنده مسؤل: دکترای روانشناسی بالینی از دانشگاه شاهد، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

**استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

***دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

****استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

Email: Kh_alavi@yahoo.com

Received: 15 Mar 2018 Accepted: 7 Aug 2018

پذیرش: ۹۷/۰۵/۱۶

دریافت: ۹۶/۱۲/۲۴

(DOI): 10.22059/JAPR.2019.72616

مقدمه

افسردگی، اختلالی شایع و ناتوان کننده است که با عوارض گسترده‌ای همراه می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱؛ کسلر و برومت، ۲۰۱۳؛ بهراد، بهرامی‌احسان، رستمی و صادقیان، ۱۳۹۲؛ کاکوجویباری و گلشن، ۱۳۹۴؛ تاجیک، هاشمی و باحشمت، ۱۳۹۴). با این که افسردگی ماهیتاً یک اختلال دوره‌ای^۱ بازگشت کننده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱)، در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد، سیری مزمن پیدا می‌کند (ایتون و همکاران، ۲۰۰۸؛ کوئیچپرز و همکاران، ۲۰۱۰؛ گیلر و همکاران، ۲۰۰۵). افسردگی مزمن^۲، یک طبقه تشخیصی است که زیرریخت‌های^۳ تشخیصی آن - شامل اختلال افسردگی عمده مزمن^۴، اختلال افسرده‌خویی^۵، اختلال افسردگی عمده افزوده شده به افسرده‌خویی (افسردگی مضاعف)^۶، و اختلال افسردگی عمده بازگشت کننده بدون بهبودی کامل در بین دوره‌ها^۷ که حداقل دو سال به طول می‌انجامد - از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، عملکرد روانی-اجتماعی، بالینی، تاریخچه خانوادگی و پاسخ‌دهی به درمان، تفاوت اندکی با یکدیگر دارند (کلاین و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلاین و کوتا، ۲۰۱۶؛ مک‌کالا و همکاران، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۳). به همین دلیل برخی صاحب‌نظران معتقدند، می‌توان زیرریخت‌های افسردگی مزمن را جهت ایجاز در یک بُد یا سازه واحد ادغام کرد (دانر، ۲۰۰۵؛ کلاین، ۲۰۰۸؛ کلاین و همکاران، ۲۰۰۴).

با این که تفاوت‌های اندکی بین انواع مختلف افسردگی مزمن وجود دارد؛ اما این نوع افسردگی، تفاوت‌های مشخص و معناداری با افسردگی غیرمزمن (حاد^۸ یا دوره‌ای) دارد (کلاین، ۲۰۰۸). افسردگی مزمن، اثراتی به مراتب شدیدتر از افسردگی غیرمزمن بر افراد و توانایی آن‌ها برای ایفای نقش خود در جامعه دارد (مور و گارلند، ۲۰۰۳)؛ به عنوان مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند، این اختلال - حتی زمانی که خفیف باشد (افسرده‌خویی) - در مقایسه با افسردگی عمده حاد با میزان بهبودی کمتر (ربرگن و همکاران، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰)، هزینه‌های اقتصادی بیشتر (کوئیچپرز و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلالات هم‌ابتلای بیشتر (مورفی و بیرن، ۲۰۱۲؛ کلاین و کوتا، ۲۰۱۶) و آسیب‌های گسترده‌تر در مهارت‌های اجتماعی (دامس و همکاران، ۲۰۱۶) همراه است. همچنین، میزان پاسخ‌دهی این نوع افسردگی به درمان - اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی - به‌طور معناداری از افسردگی غیرمزمن، کمتر است (ربرگن و همکاران، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰؛ کلاین، ۲۰۰۸). در نتیجه، این دیدگاه مطرح شده است که می‌توان تفکیک براساس مزمن/غیرمزمن بودن را یک منبع مهم ناهمگونی در افسردگی دانست و آن را در پژوهش‌های بالینی و آسیب‌شناختی مدنظر قرار داد (ربرگن و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلاین، ۲۰۰۸). در همین راستا، پنجمین ویرایش راهنمای آماری و توصیفی اختلالات روانی (DSM-5)

-
- 1- episodic
 - 2- chronic depression
 - 3- subtypes
 - 4- Major Depressive Disorder
 - 5- dysthymia
 - 6- double depression
 - 7- recurrent MDD without interepisodes full remission
 - 8- acute

افسردگی عمده مزمن و افسرده‌خویی را در یک‌طبقه جدید تحت‌عنوان «اختلال افسردگی پایدار^۱» قرار داده و آن را از اختلال افسردگی عمده غیرمزمن جدا کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

به‌رغم این واقعیت که افسردگی مزمن، هزینه سنگینی را به‌نظام سلامت روان تحمیل می‌کند (براون و همکاران، ۱۹۹۹؛ مک‌فارلند و کلاین، ۲۰۰۵) و برخلاف افسردگی حاد که پژوهش‌های بسیاری به‌بررسی عوامل دخیل در آسیب‌شناسی و همچنین، مداخلات مؤثر در آن پرداخته‌اند، پژوهش‌های کم‌تری افسردگی مزمن را موضوع بررسی خود قرار داده‌اند (کلاین، ۲۰۰۸؛ لوکوویتز، تدشینی و پاپاکوستاس، ۲۰۱۱؛ مارکوویتز و همکاران، ۲۰۰۸) و به‌علت محدودبودن نظریه‌هایی که به‌تیبین آسیب‌شناسی افسردگی مزمن می‌پردازند می‌توان گفت، جنبه‌های آسیب‌شناختی خاصی که افسردگی مزمن را از افسردگی غیرمزمن جدا می‌کند، همچنان تا حدود بسیاری ناشناخته باقی مانده است (بروکمیر و همکاران، ۲۰۱۵؛ کانستانتینو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ون‌رادنبورگ و همکاران، ۲۰۱۲). در حوزه پژوهش‌های مداخله‌ای نیز، به‌علت دانش اندکی که در رابطه با تفاوت‌های آسیب‌شناسی افسردگی حاد و مزمن وجود دارد و کمبود پروتکل‌هایی که به‌شکل ویژه برای افسردگی مزمن طراحی شده‌اند، غالباً از پروتکل‌های درمانی افسردگی حاد بهره گرفته شده است که می‌تواند یک دلیل احتمالی مهم برای میزان اندک پاسخ‌دهی به‌درمان در این پژوهش‌ها باشد. همچنین، این موضوع موجب شده است که برخلاف نوع حاد و غیرمزمن افسردگی که برخی رویکردهای روان‌درمانی به‌عنوان استاندارد طلایی برای درمان آن معرفی شده‌اند (رفتاردرمانی‌شناختی^۲ و درمان بین‌فردی^۳)، تاکنون هیچ روان‌درمانی استاندارد برای افسردگی مزمن معرفی نشده است (چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ NICE، ۲۰۰۹). از این‌رو، شناسایی متغیرهای آسیب‌شناختی که نقش محوری در مزمن شدن افسردگی و مقاوم‌شدن آن به‌درمان ایفا می‌کنند، به‌منظور ارائه مداخلات درمانی اثربخش‌تر را می‌توان ضرورتی آشکار به‌شمار آورد.

در این زمینه، نظریه جدید آسیب‌شناختی از سوی لینچ و همکاران (۲۰۱۳)، ارائه شده است. مفهوم محوری در این نظریه، خود-کنترلی^۴ است. در واقع، خود-کنترلی، امتناع از عمل کردن بر مبنای امیال، تکانه‌ها و کشش‌هاست و در بسیاری از جوامع از ارزش بالایی برخوردار است و شکست در خود-کنترلی، ویژگی بسیاری از مشکلات شخصی و اجتماعی مبتلا به‌تمدن امروز را تشکیل می‌دهد (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ، همپل و دانکلی، ۲۰۱۵). با این‌حال، برخلاف برخی از صاحب‌نظران (برای مثال تانجنی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴) که خود-کنترلی را مفهومی تک‌بعدی در نظر می‌گرفتند که رابطه خطی مستقیم با سلامت روان دارد-بدین‌معنا که هرچه میزان خود-کنترلی بیشتر باشد، فرد از سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردار است. در دیدگاه لینچ، خود-کنترلی، مفهومی دو‌بعدی است؛ به این معنا که به‌همان اندازه که ناتوانی در کنترل امیال و تکانه‌ها (کم‌کنترل‌گری^۵ UC) نامطلوب و مشخصه دسته‌ای از اختلالات همچون

1- persistent depression disorder

2- cognitive behavior therapy

3- interpersonal therapy

4- self-control

5- under control

اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی (اختلالات برونی‌سازی) است. کنترل افراطی امیال و تکانه‌ها (بیش کنترل‌گری^۱-OC) نیز، می‌تواند نامطلوب و آسیب‌زا باشد و به اختلالاتی همچون اختلال وسواسی-جبری، بی‌اشتهایی روانی و افسردگی (اختلالات درونی‌سازی) منجر گردد (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ، همپل و دانکلی، ۲۰۱۵). نظریه لینچ، مبتنی بر تمرکز بر بُعد دوم خود-کنترلی، یعنی بیش کنترل‌گری است. از دیدگاه لینچ، بیش کنترل‌گری نوعی سبک مقابله‌ای است که دوسوگرایی در ابراز هیجان و فرونشانی ابراز هیجان ناشی از آن، نیاز به ساختار (تمایل به ساده‌سازی مسائل و رویگردانی از ابهام و پیش‌بینی‌ناپذیری) و بیش‌کمال‌گرایی (کمال‌گرایی ناسازگارانه)، ویژگی‌های بارز آن را تشکیل می‌دهند (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لینچ، همپل و دانکلی، ۲۰۱۵). این نوع سبک مقابله به نوبه خود، به ایجاد یک سبک تعاملی انعطاف‌ناپذیر و محدودشده منجر می‌شود که در یادگیری‌های جدید و ایجاد پیوند اجتماعی، اختلال ایجاد می‌کند. براین‌اساس، پیوند اجتماعی مختل (یا گسستگی اجتماعی) پیامد اجتناب‌ناپذیر بیش کنترل‌گری است که روابط بین‌فردی مختل و عدم/احساس امنیت/اجتماعی (به معنای احساس تعلق و صمیمیت با اطرافیان)، ویژگی‌های مهم آن را تشکیل می‌دهند و در نهایت، به اختلالات درونی‌سازی از جمله افسردگی، منجر می‌شود. لینچ، بر این باور است که سازه فراتشخیصی OC و اختلال در پیوند اجتماعی-به‌عنوان پیامد OC-علاوه بر تبیین شکل‌گیری افسردگی به‌عنوان یک اختلال درونی‌سازی، مزمن و مقاوم به درمان شدن آن را نیز تبیین می‌کنند و به‌بهترین وجه می‌توانند افسردگی مزمن و غیرمزمن را تفکیک نمایند. این فرض در یک پژوهش اولیه که به مقایسه سبک مقابله OC و اختلال در پیوند اجتماعی در سه گروه افسردگی مزمن و مقاوم به درمان، افسردگی حاد غیرمزمن و گروه غیربیمار پرداخته، تأیید شده است (تیلور، ۲۰۱۳). با این حال، از آنجا که این پژوهش دارای مشکلات روش‌شناختی به‌ویژه عدم استفاده از مصاحبه تشخیصی در گزینش آزمودنی‌هاست؛ بنابراین لازم است، یافته‌های پژوهش مذکور با رفع مشکلات یادشده تکرار شود. در صورتی که پژوهش‌های دیگر نیز این یافته‌ها را تکرار کنند، پیشرفت چشم‌گیری در دانش بالینی در حوزه افسردگی مزمن که تا حدود زیادی مورد غفلت قرار گرفته و اطلاعات اندکی از آن در دست است، صورت خواهد گرفت. علاوه بر این، پژوهش‌ها حاکی از تأثیر فرهنگ بر فرآیندهای روان‌شناختی است (لهمن، چی‌یو و اسکالر، ۲۰۰۴). براین‌اساس، وجود تفاوت‌های فرهنگی احتمالی بین جامعه ایرانی و جامعه غربی که پژوهش‌های اولیه در رابطه با موضوع مطرح گردیده، در آن انجام شده است، ضرورت دیگری برای تکرار پژوهش یاد شده در ایران می‌باشد. چنانچه نتایج مطالعه حاضر، نشان دهد که نظریه لینچ در فرهنگ دیگری (به‌جز فرهنگ انگلوساکسون) تأیید گردد، این موضوع می‌تواند گام بزرگی در جهت تعمیم یافته‌های لینچ و همکاران باشد. عدم تأیید این نظریه نیز، خود می‌تواند مرزهای دانش موجود در رابطه با این موضوع را توسعه دهد.

براین‌اساس، مطالعه حاضر این سؤال را مورد توجه قرار می‌دهد که آیا سازه‌های بیش کنترل‌گری (OC) و پیوند اجتماعی ناشی از آن، می‌توانند افسردگی مزمن را از افسردگی غیرمزمن، در یک نمونه ایرانی، تفکیک کنند؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

مطالعه حاضر، یک مطالعه مورد-شاهد^۱ بود. جامعه آماری، کلیه بیماران مراجعه‌کننده دارای علائم افسردگی به‌مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه شاهد و کلینیک‌های روان‌شناسی و مطب روان‌پزشکان سطح شهر مشهد بود. همچنین دانشجویان، همراهان بیماران و کارکنان مراکز ذکرشده، جمعیت غیربالینی این پژوهش را تشکیل دادند. روش این مطالعه، نمونه‌گیری هدفمند بود. ملاک‌های ورود^۲ برای جمعیت بالینی عبارت بود از، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، دریافت تشخیص اولیه اختلال افسردگی تک‌قطبی (مزن یا غیرمزن) براساس تشخیص روان‌پزشک یا اجرای SCID-I. ملاک‌های خروج^۳ برای جمعیت بالینی عبارت بود از: ابتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات عصبی-شناختی، اختلالات سایکوتیک، اختلال دوقطبی. برای جمعیت غیربالینی، ملاک ورود، داشتن حداقل ۱۸ سال سن و ملاک‌های خروج، دریافت نمره ۱۴ به‌بالا در BDI-II (براساس نقاط برش گزارش‌شده توسط دزویس و دایسون، ۲۰۱۰) و داشتن یک تشخیص روان‌پزشکی بود. همچنین حجم نمونه موردنیاز با استفاده از نرم‌افزار G*power محاسبه شد. با توجه به این که در این مطالعه، بررسی اجزاء دو سازه کلی (بیش‌کنترل‌گری و پیوند اجتماعی) مدنظر قرار داشت؛ بنابراین لازم بود دو آزمون MANOVA اجرا گردد-یک آزمون برای بررسی اجزاء سازه بیش‌کنترل‌گری (کمال‌گرایی ناسازگارانه، دوسوگرایی در ابراز هیجان و نیاز شخصی به ساختار) و یک آزمون برای بررسی اجزاء سازه پیوند اجتماعی (مشکلات بین‌فردی و احساس امنیت اجتماعی). از این‌رو، لازم بود حجم نمونه برای هر آزمون به‌طور جداگانه محاسبه شود که حجم نمونه بزرگ‌تر می‌توانست برای اجرای هر دو آزمون، ملاک قرار گیرد و مبنای برای حداقل آزمودنی‌های موردنیاز فراهم آورد. براین اساس، اندازه اثر بر مبنای ارزش d کوهن (کوهن، ۱۹۹۲) گزارش شده، در مطالعه برکمیر و همکاران (۲۰۱۵) برای متغیرهای مرتبط با بیش‌کنترل‌گری که ۱/۰۶ است، محاسبه شد. از آنجا که محاسبه حجم نمونه برای MANOVA بر مبنای f^2 انجام می‌شود، ارزش d به f^2 تبدیل گردید ($f^2=0/28$). بدین ترتیب، با جایگزینی ارزش‌های موردنیاز G*power برای محاسبه حجم نمونه به‌صورت $f^2=0/28$ ، $\alpha=0/05$ ، توان آزمون $(1-\beta)=0/80$ ، تعداد گروه‌ها=۳ و تعداد متغیرهای وابسته=۳، حداقل حجم نمونه موردنیاز برای آزمون نخست، ۳۰ نفر به‌دست آمد. حجم نمونه آزمون دوم با همین مقادیر و تعداد متغیرهای وابسته=۲، ۲۴ نفر به‌دست آمد. در نهایت، در این مطالعه ۵۳ نفر (۲۰ افسرده مزن، ۱۶ افسرده غیرمزن و ۱۷ آزمودنی سالم) مورد آزمون قرار گرفتند (فائول، اردفلد، لنگ و باچنر، ۲۰۰۷).

1- case-control

2- inclusion criteria

3- exclusion criteria

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای^۱ DSM-IV- اختلالات محور I (SCID-I): این مصاحبه توسط فرست، اسپیتزر، گیبان و ویلیامز (۱۹۹۷) ساخته شده است. ابزار مذکور، از جمله جامع‌ترین مصاحبه‌های ساختار دار است که به تشخیص اختلالات محور نخست DSM اختصاص دارد (نزو، رونان، میدوز و مک‌کلار، ۲۰۰۲). مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و پایایی مطلوب این مصاحبه است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳). نسخه فارسی SCID نیز، از پایایی خوب و قابلیت اجرایی مطلوب برخوردار می‌باشد. در این نسخه، توافقی تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). در اختلالات افسردگی نیز، ضریب کاپا برای تشخیص فعلی و طول عمر ۰/۶ گزارش شد. همچنین، توافقی کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳).

ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک^۲ (BDI-II): این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده چندگزینه‌ای است. ماده‌های آزمون روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. BDI-II دارای همسانی درونی^۳ (آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی (۰/۹۳) بالایی می‌باشد. اعتبار همگرا و تفکیکی BDI-II نیز در مطالعات متعدد، مورد تأیید قرار گرفته است (دزوایس و دابسون، ۲۰۱۰). نسخه فارسی این پرسشنامه نیز، دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است. همچنین، اعتبار سازه و همگرایی این پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت (قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵؛ دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست^۴ (FMPS): خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه: این مقیاس دارای ۳۵ ماده و شش خرده‌مقیاس است. از میان این شش خرده‌مقیاس، دو خرده‌مقیاس نگرانی در مورد اشتباه‌کردن (CM^۵) و تردید در مورد اعمال (D^۶) به بررسی کمال‌گرایی ناسازگارانه فردی می‌پردازند. هر ماده آزمون روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از خیلی مخالفم (۱) تا خیلی موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود (فراست و همکاران، ۱۹۹۰). در پژوهش حاضر، خرده‌مقیاس‌های مرتبط با کمال‌گرایی ناسازگارانه مورد استفاده قرار گرفتند. فراست و همکاران (۱۹۹۰)، پایایی همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های FMPS را در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۹۴ و پایایی کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند. این خرده‌مقیاس‌ها دارای اعتبار همگرایی مناسب هستند. در مطالعه بیطرف و همکاران (۱۳۸۹)، پایایی همسانی درونی نسخه فارسی

1- Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders- fourth edition

2- Beck Depression Inventory-2 (BDI)

3- internal inconsistency

4- Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS)

5- Concern over making Mistakes

6- Doubts about actions

این مقیاس برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه از ۰/۴۷ تا ۰/۸۵ گزارش شد. در این مطالعه، ضرایب پایایی بازآزمایی به‌فاصله یک هفته برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه از ۰/۵۳ تا ۰/۸۵ گزارش شد. همچنین، اعتبار همگرایی این مقیاس نیز تأیید گردید.

پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان^۱ (AEQ): این پرسشنامه توسط کینگ و امونز (۱۹۹۰) ارائه شده که دارای ۲۳ عبارت است. هر ماده آزمون، براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (غالباً) نمره دریافت می‌کند. در مطالعه کینگ و امونز (۱۹۹۰)، آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی با فاصله ۶ هفته ۰/۷۸ گزارش شد. همچنین در این پژوهش، اعتبار همگرایی پرسشنامه یاد شده، تأیید گردید. برای نسخه فارسی، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۷۹ گزارش شده است و اعتبار سازه و همگرایی پرسشنامه نیز، مورد تأیید قرار گرفته است (علوی و همکاران، ۱۳۹۶).

مقیاس نیاز شخصی به ساختار^۲ (PNSS): این مقیاس دارای ۱۲ ماده می‌باشد که توسط تامپسون و همکاران (۱۹۸۹)، برای سنجش تمایل به ساختار، قطعیت، اطمینان و پیش‌بینی‌پذیری طراحی شده است. هر ماده آزمون، بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی با فاصله ۱۲ هفته ۰/۷۶ گزارش شده است. اعتبار همگرا و تفکیکی PNSS نیز مورد تأیید قرار گرفته است (نیوبرگ و نیوسام، ۱۹۹۳؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۰۱). در نسخه فارسی، آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین، اعتبار سازه پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است (علوی و همکاران، ۱۳۹۵).

مقیاس امنیت و لذت اجتماعی^۳ (SSPS): این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده و دارای ۱۱ عبارت است. هر عبارت، روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، اعتبار سازه این مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفته است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلی و کارتر، ۲۰۱۴). در نسخه فارسی، آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۸۲ گزارش شده است و اعتبار سازه آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (علوی و همکاران، ۲۰۱۷).

1- Ambivalence over Emotional expressiveness Questionnaire (AEQ)

2- Personal Need for Structure Scale (PNSS)

3- Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS)

پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP): این پرسشنامه توسط بارکهام و همکاران (۱۹۹۶) تدوین شده است. هر ماده آزمون، روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (به شدت) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، اعتبار سازه پرسشنامه، تأیید شده است (بارکهام و همکاران، ۱۹۹۶). آلفای کرونباخ برای نسخه فارسی ۰/۸۲ گزارش شده است. اعتبار سازه این نسخه نیز مورد تأیید قرار گرفته است (فتح و همکاران، ۱۳۹۲).

در مرحله نخست مطالعه، تشخیص‌گذاری براساس مصاحبه روان‌پزشک یا اجرای SCID-I (توسط پژوهشگر) و همچنین نمره BDI-II (قراردادن شرط دریافت نمره ۱۴ به بالا برای بیماران افسرده-مزمن و غیرمزمن- و نمره‌های پایین‌تر از ۱۴ برای گروه سالم) صورت گرفت. براین اساس، از میان بیماران افرادی که براساس مصاحبه روان‌پزشک یا اجرای SCID-I، مبتلا به اختلال افسردگی عمده-اپیزود اول یا افسردگی بازگشت‌کننده با بهبودی کامل بین دوره‌ها بودند در گروه غیرمزمن و افراد دارای تشخیص‌های افسرده‌خویی، افسردگی عمده مزمن، افسردگی مضاعف و افسردگی بازگشت‌کننده بدون بهبودی کامل در بین دوره‌ها که حداقل دو سال به طول انجامیده است، در گروه مزمن قرار گرفتند. افراد فاقد تشخیص روان‌پزشکی نیز، در گروه سالم قرار گرفتند. در مرحله دوم، مقیاس‌های مربوط به بیش‌کنترل‌گری (FMPS، AEQ، PNSS) و پیوند اجتماعی (IIP و SSPS) اجرا و پس از آن، داده‌های به‌دست آمده برای تحلیل وارد نرم‌افزار SPSS شدند.

یافته‌ها

جدول ۱، توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان (۸۱/۱۳ درصد زن و ۱۸/۸۷ درصد مرد؛ میانگین سنی: ۳۳/۹۲) را در ابزارهای پژوهش (و در مقایسه با گروه نمونه‌ای که ابزارها در آن مورد اعتباریابی قرار گرفته‌اند)، نشان می‌دهند.

جدول ۱- توزیع نمره‌ها در ابزارهای مورد پژوهش

ابزارها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه نمره‌ها	بیشینه نمره‌ها
مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی فراست (خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه شخصی)	۳۷/۶۱	۷/۸۸	۲۰	۵۵
مقیاس دوسوگرایی در ابراز هیجان	۷۴/۳۹	۱۱/۰۶	۵۲	۹۸
مقیاس نیاز شخصی به ساختار	۳۳/۴	۷/۹	۱۶	۵۱
پرسشنامه مشکلات بین فردی	۷۰/۲۷	۹/۴۶	۴۷	۸۵
مقیاس امنیت و لذت اجتماعی	۳۶/۹۸	۷/۲۱	۲۲	۵۰
پرسشنامه افسردگی بک	۲۱/۴۳	۱۲	۱	۴۷

از آنجا که داده‌های مطالعه حاضر، از دو شهر تهران و مشهد جمع‌آوری شد، به‌منظور بررسی همگنی داده‌های جمع‌آوری شده از این دو شهر، این دو مجموعه از داده‌ها به‌لحاظ سن، جنسیت، تحصیلات و طول‌مدت بیماری با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج این بررسی نشان داد که نمونه‌های مورد‌آزمون قرار گرفته از دو شهر یاد شده به‌لحاظ سن ($P=0/8$, $t=-0/24$)، جنسیت ($P=\chi^2 65/0^2=0/20$)، تحصیلات ($P=\chi^2 21/0^2=1/54$) و طول‌مدت بیماری ($P=0/26$, $t=-1/14$)، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. همچنین، مقایسه سه گروه مطالعه (افسرده غیرمزمّن، افسرده مزمّن و سالم) به‌لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نیز نشان می‌دهد، این سه گروه به‌لحاظ سن ($P=0/23$, $F=1/47$)، جنسیت ($P=\chi^2 62/0^2=0/93$) و تحصیلات ($P=\chi^2 17/0^2=3/50$) تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

پیش از انجام MANOVA، داده‌ها جهت اطمینان از برقراری مفروضه‌های این روش، مورد بررسی قرار گرفتند. مفروضه‌های یاد شده عبارتند از: بهنجاری تک‌متغیری و چندمتغیری؛ عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری؛ همگنی واریانس و ماتریس‌های کوواریانس و فقدان هم‌خطی چندگانه^۱. براین‌اساس، پیش‌فرض‌های آماری آزمون MANOVA برقرار بود.

نتایج آزمون MANOVA برای مقایسه سه گروه افراد مبتلا به افسردگی مزمّن، افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمّن و افراد سالم در سه متغیر وابسته کمال‌گرایی ناسازگارانه، دوسوگرایی در ابراز هیجان و نیاز به ساختار، نشان می‌دهد که بین سه گروه یاد شده از نظر متغیرهای مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$; $F(6,96)=7/73$; Wilks' Lambda=0/45). براساس این نتایج، مجموعه سه‌متغیری که شاخص‌های سازه بیش‌کنترل‌گری را تشکیل می‌دهند، می‌توانند گروه‌های مورد بررسی را از هم تفکیک کنند. در گام بعدی، اثر متغیرهای وابسته به‌صورت جداگانه بررسی شد (آزمون اثرهای بین‌آزمودنی) و سپس میانگین نمره‌های سه گروه در هریک از متغیرهای وابسته به‌صورت دوه‌دو مقایسه گردیدند تا مشخص شود کدام متغیرها و بین کدام گروه‌ها تفکیک ایجاد می‌کنند. در این رابطه، آزمون اثرهای بین‌آزمودنی نشان می‌دهد که تنها در متغیر نیاز به ساختار، تفاوت گروه‌ها معنادار نیست و دو متغیر وابسته دیگر (کمال‌گرایی ناسازگارانه و دوسوگرایی در ابراز هیجان)، تفاوت معناداری را در گروه‌های مورد مطالعه نشان می‌دهند (جدول ۲).

جدول ۲- آزمون اثرهای بین‌آزمودنی برای نشان دادن تفاوت گروه‌ها در هریک از متغیرهای

وابسته مرتبط با سازه بیش‌کنترل‌گری

P	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات	متغیر وابسته
<0/001	17/66	850/01	2	1700/02	کمال‌گرایی ناسازگارانه
<0/001	14/71	1179/99	2	2359/98	دوسوگرایی در ابراز هیجان
0/06	2/94	170/45	2	340/91	نیاز به ساختار

1- multicollinearity

مقایسه دوجه‌دوی میانگین نمره‌های سه گروه در هریک از متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون تعقیبی توکی^۱ نیز نشان داد، میانگین نمره‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه در گروه افسرده مزمن ($M=43/95$ ؛ $SD=6/04$) به‌طور معناداری از گروه سالم ($M=30/35$ ؛ $SD=8/67$) بیشتر است ($P<0/001$). همچنین، میانگین نمره‌های این متغیر در گروه افسرده غیرمزمن ($M=37/38$ ؛ $SD=5/82$) به‌طور معناداری از گروه سالم بیشتر است ($P<0/05$). به‌علاوه، میانگین نمره‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه در گروه افسرده مزمن به‌طور معناداری از گروه افسرده غیرمزمن بیشتر می‌باشد ($P<0/05$). در متغیر دوسوگرایی در ابراز هیجان، میانگین نمره‌ها در گروه افسرده مزمن ($M=81/62$ ؛ $SD=9/31$) به‌طور معناداری از گروه سالم ($M=65/60$ ؛ $SD=9/98$) بیشتر است ($P<0/001$). همچنین، میانگین نمره‌های این متغیر در گروه افسرده غیرمزمن ($M=74/69$ ؛ $SD=7/14$) به‌طور معناداری از گروه سالم بیشتر می‌باشد ($P<0/05$). میانگین نمره‌های دوسوگرایی در ابراز هیجان در گروه افسرده مزمن از گروه افسرده غیرمزمن بیشتر است، اما این تفاوت معنادار نیست ($P=0/06$). در متغیر نیاز به‌ساختار، همانگونه که آزمون اثرهای بین‌آزمونی نشان داد، میانگین نمره‌های سه‌گروه افسرده مزمن ($M=35/1$ ؛ $SD=7/59$)، افسرده غیرمزمن ($M=35/19$ ؛ $SD=7/97$) و سالم ($M=29/70$ ؛ $SD=7/31$) تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد ($P=0/1$) برای مقایسه دو گروه افسرده مزمن و سالم؛ $P=0/09$ برای مقایسه دو گروه افسرده غیرمزمن و سالم؛ $P=0/9$ برای مقایسه دو گروه افسرده مزمن و افسرده غیرمزمن).

نتایج آزمون MANOVA برای مقایسه سه گروه افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن، افراد مبتلا به افسردگی مزمن و افراد سالم در دو متغیر مشکلات بین‌فردی و احساس امنیت اجتماعی نشان می‌دهد، بین سه‌گروه یادشده تفاوت معناداری وجود دارد ($Wilks' \text{Lambda}=0/38$ ؛ $F(4,98)=15/02$ ؛ $P<0/001$). براین‌اساس، دومتغیری که سازه پیوند اجتماعی را تشکیل می‌دهند، می‌توانند سه‌گروه افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن، افراد مبتلا به افسردگی مزمن و افراد سالم را از هم تفکیک کنند.

در گام بعدی، اثر متغیرهای وابسته به‌صورت جداگانه بررسی شد (آزمون اثرهای بین‌آزمونی) و سپس میانگین نمره‌های سه‌گروه در هریک از متغیرهای وابسته به‌صورت دوجه‌دو مقایسه گردیدند تا مشخص شود، کدام متغیرها و بین کدام گروه‌ها تفکیک ایجاد می‌کنند. نتایج این بررسی نشان می‌دهد، دو متغیر مشکلات بین‌فردی و احساس امنیت اجتماعی، تفاوت معناداری را در سه‌گروه مورد مطالعه نشان می‌دهند (جدول ۳).

جدول ۳- آزمون اثرهای بین‌آزمونی برای نشان‌دادن تفاوت گروه‌ها در هریک از متغیرهای وابسته مرتبط با سازه پیوند اجتماعی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P
مشکلات بین‌فردی	۲۰۴۹/۸۳	۲	۱۰۲۴/۹۱	۱۹/۶۷	<0/001
احساس امنیت اجتماعی	۱۲۸۲/۳۱	۲	۶۴۱/۱۵	۲۲/۵۶	<0/001

همچنین، مقایسه دوی میانگین نمره‌های سه گروه در هریک از متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون تعقیب توکی نیز نشان می‌دهد، میانگین مشکلات بین‌فردی در گروه افسرده مزمن $M=76/87$ ؛ $SD=5/46$ به‌طور معناداری از گروه سالم ($M=61/96$ ؛ $SD=8/1$) بیشتر است ($P<0/001$). همچنین، میانگین نمره‌های این متغیر در گروه افسرده غیرمزمن ($M=70/85$ ؛ $SD=8/11$) به‌طور معناداری از گروه سالم بیشتر می‌باشد ($P<0/01$). به‌علاوه گروه افسرده مزمن در مقایسه با گروه افسرده غیرمزمن نمره‌های به‌طور معنادار بیشتری در این شاخص کسب کرد ($P<0/01$). همچنین نتایج نشان می‌دهد، در متغیر احساس امنیت اجتماعی، نمره‌های گروه افسرده مزمن ($M=31/60$ ؛ $SD=5/94$) به‌طور معناداری از گروه سالم ($M=43/41$ ؛ $SD=5$) کم‌تر است ($P<0/001$). نمره‌های گروه افسرده غیرمزمن ($M=36/87$ ؛ $SD=4/83$) نیز به‌طور معناداری از گروه سالم کم‌تر می‌باشد ($P<0/01$). همچنین، میانگین نمره‌های این شاخص در گروه افسرده مزمن به‌طور معناداری از گروه افسرده غیرمزمن کم‌تر است ($P<0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، به‌بررسی توان دو سازه بیش‌کنترل‌گری و پیوند اجتماعی در تفکیک بیماران مبتلا به افسردگی مزمن، بیماران مبتلا به افسردگی غیرمزمن و افراد سالم، پرداخت. یافته‌های مطالعه از توان بیش‌کنترل‌گری (ترکیب کمال‌گرایی ناسازگارانه، دوسوگرایی در ابراز هیجان و نیاز شخصی به‌ساختار) و پیوند اجتماعی (ترکیب مشکلات بین‌فردی و امنیت اجتماعی) در تفکیک سه‌گروه یادشده حمایت می‌کند. براین‌اساس، سه‌شاخص کمال‌گرایی ناسازگارانه، مشکلات بین‌فردی و امنیت اجتماعی توانستند هر سه‌گروه را از هم تفکیک کنند، اما دوسوگرایی در ابراز هیجان، تنها قادر به تفکیک دوگروه بیمار از غیربیمار بود و نتوانست بیماران افسرده مزمن را از غیرمزمن تفکیک کند. همچنین، نیاز شخصی به‌ساختار نیز، نتوانست هیچ‌یک از سه‌گروه را از هم تفکیک نماید. در ادامه به‌شکل جزئی‌تر به‌بررسی انطباق یافته‌ها با پیشینه پژوهشی موجود پرداخته می‌شود و سپس معنای یافته‌ها موردبحث قرار می‌گیرد.

براساس نتایج به‌دست آمده، از بین شاخص‌های تعریف‌شده برای بیش‌کنترل‌گری، کمال‌گرایی ناسازگارانه (به‌عنوان یکی از ابعاد بیش‌کنترل‌گری) می‌تواند افراد مبتلا به افسردگی مزمن، افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن و افراد سالم را از هم تفکیک کند. این یافته با یافته پژوهش‌هایی که بر نقش کمال‌گرایی ناسازگارانه در افسردگی تأکید می‌نمایند (به‌عنوان مثال شری و همکاران ۲۰۱۵؛ چن، هویت و فلت، ۲۰۱۷؛ پوررضاییان، گلزاری و برجلی، ۱۳۹۴؛ افضل‌ی و همکاران، ۱۳۹۲) همسو است. همچنین این یافته، با نتایج پژوهش تیلور (۲۰۱۳) مبنی بر این که گروه‌های مبتلا به افسردگی مزمن و غیرمزمن در مقایسه با گروه سالم و همچنین، گروه مبتلا به افسردگی مزمن در مقایسه با گروه مبتلا به افسردگی غیرمزمن در کمال‌گرایی ناسازگارانه نمره‌های بالاتری به‌دست می‌آورند، کاملاً مطابقت دارد. ادبیات پژوهشی پیشنهاد می‌کند، کمال‌گرایی ناسازگارانه به‌دلیل همراه‌شدن با الگویی از شناخت‌ها و رفتارهای ناسازگارانه که منجر به اختلال در عملکرد فرد به‌ویژه عملکرد اجتماعی وی می‌شود، یک متغیر آسیب‌شناختی است که افراد

افسرده را از افراد سالم جدا می‌کند. همچنین براساس نتایج به‌دست آمده، گسترش و عمق‌یافتن این مشکل می‌تواند، تبیین‌کننده پایداری علائم افسردگی و مزمن شدن آن باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهند، دوسوگرایی در ابراز هیجان (به‌عنوان یکی از ابعاد بیش‌کنترل‌گری) می‌تواند افراد سالم را از افراد مبتلا به افسردگی (مزمن و غیرمزمن) تفکیک کند؛ اما قادر به تفکیک افراد مبتلا به افسردگی مزمن از افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن نیست. این یافته از آن جهت که نشان می‌دهد دوسوگرایی در ابراز هیجان، توانایی ایجاد تمایز بین نمونه افسرده (مزمن و غیرمزمن) و سالم را دارد، نقش تأثیرگذار دوسوگرایی در ابراز هیجان در افسردگی را مورد تأیید قرار می‌دهد و با یافته مطالعاتی که ارتباط دوسوگرایی در ابراز/فرونشانی هیجان با افسردگی را گزارش کرده‌اند (به‌عنوان مثال نولن‌هوکسما و آلدو، ۲۰۱۱؛ لارسن و همکاران، ۲۰۱۲) همسو است. همچنین این یافته با یافته مطالعات بروکمیر و همکاران (۲۰۱۲ و ۲۰۱۵) و تیلور (۲۰۱۳)، مبنی بر این که دوسوگرایی در ابراز هیجان می‌تواند افراد سالم را از افراد افسرده (مزمن و غیرمزمن) تفکیک کند، همسو است. با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر با آن بخش از یافته‌های تیلور (۲۰۱۳) و بروکمیر و همکاران (۲۰۱۵) که دوسوگرایی در ابراز هیجان می‌تواند افراد مبتلا به افسردگی مزمن را از افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن تفکیک نماید، ناهمسو است. در تبیین یافته یادشده، این موضوع را باید در نظر گرفت که جامعه ما به‌لحاظ ابراز و بازداری هیجان تفاوت‌هایی با جوامع غربی دارد. براین اساس، احتمال دارد این موضوع که در فرهنگ‌هایی همچون فرهنگ ما، عموماً افراد در ابراز هیجان‌هایشان به‌اندازه شهروندان جوامع غربی صریح و بی‌تکلف نیستند، باعث شود دوسوگرایی در ابراز/فرونشانی هیجان تاحدودی جنبه یک‌ویژگی فرهنگی را پیدا کند و نقش آن در پدیدایی و سیر آسیب‌روانی به اندازه جوامع غربی، قوی نباشد (کیم و اومیزو، ۲۰۰۵؛ کیم، اتکینسون و آموتو، ۲۰۰۱).

همچنین نتایج نشان می‌دهد، نیاز شخصی به‌ساختار (به‌عنوان یکی از ابعاد بیش‌کنترل‌گری) قادر به تفکیک افراد سالم، افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن و افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن نیست. تنها مطالعه‌ای که پیش از این به بررسی متغیر نیاز شخصی به‌ساختار در تفکیک افراد سالم، افسرده‌های غیرمزمن و افسرده‌های مزمن پرداخته، مطالعه تیلور (۲۰۱۳) می‌باشد. در این مطالعه، نیازشخصی به‌ساختار توانست گروه مبتلا به افسردگی غیرمزمن را از گروه مبتلا به افسردگی مزمن و گروه مبتلا به افسردگی مزمن را از گروه سالم تفکیک کند که برخلاف یافته به‌دست آمده در مطالعه حاضر است. با این حال، در مطالعه تیلور (۲۰۱۳) نیز نمره‌های دو گروه مبتلا به افسردگی غیرمزمن و سالم تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت. یک علت احتمالی برای ناتوانی متغیر، نیاز شخصی به‌ساختار در تفکیک افراد سالم، افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن و افراد مبتلا به افسردگی مزمن با توجه به نتایج مطالعه قبلی ما (علوی، اصغری‌مقدم، رحیمی‌نژاد و فراهانی، ۱۳۹۷) آن است که این متغیر، در مقایسه با دومتغیر دیگر (کمال‌گرایی ناسازگارانه و دوسوگرایی در ابراز هیجان) نشانگر ضعیف‌تری برای متغیر پنهان بیش‌کنترل‌گری در نمونه ایرانی است. در این رابطه، بررسی پیشینه پژوهشی مرتبط با نیاز شخصی به‌ساختار نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه این سازه، اثر آن را بر حوزه‌هایی چون نحوه پردازش اطلاعات، ادراک، استدلال، اسناد و

تعامل اجتماعی موردبررسی قرار داده‌اند. براین اساس، ارتباط این سازه بیش از آن که با متغیرهای آسیب‌شناسی بررسی شده باشد، با متغیرهایی چون اقتدارگرایی، انعطاف‌ناپذیری شناختی، سرسختی و انعطاف‌ناپذیری در عادات شخصی و جزم‌اندیشی بررسی و تأیید شده است. هرچند متغیرهای ذکرشده تحت‌شرایطی می‌توانند با آسیب روانی مرتبط شوند، به‌نظر می‌رسد باتوجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایرانی این ارتباط قابل‌توجه نیست. این موضوع بدان علت است که حداقل بخشی از آنچه در فرهنگ‌های غربی تحت‌عنوان انعطاف‌ناپذیری و جزم‌اندیشی شناخته می‌شود، در جوامعی که پایبندی به سنت‌ها و قالب‌های از پیش تعیین‌شده‌ای که به‌عنوان عُرّف شناخته می‌شوند را تشویق می‌کنند، اصول فرهنگی پذیرفته‌شده‌ای به‌شمار می‌آید. از این‌رو، در چنین جوامعی گرایش به پایبندی به ساختارهای از پیش تعیین‌شده لزوماً با آسیب روانی ارتباط ندارد (کیم و اومیزو، ۲۰۰۵؛ کیم، اتکینسون و آموتو، ۲۰۰۱).

یافته‌های مطالعه حاضر، از توان پیوند اجتماعی (ترکیب مشکلات بین‌فردی و امنیت اجتماعی) در تفکیک افراد سالم، افراد مبتلا به افسردگی مزمن و افراد مبتلا به افسردگی غیرمزمن نیز حمایت می‌کند. بررسی جداگانه دومتغیر مشکلات بین‌فردی و احساس امنیت اجتماعی نیز نشان داد، هر دومتغیر قادر به تفکیک سه‌گروه مورد مطالعه هستند. از آن‌جهت که این نتایج از نقش محوری دشواری‌های بین‌فردی در افسردگی حمایت می‌کنند با یافته مطالعاتی که حاکی از ارتباط مشکلات بین‌فردی و احساس امنیت اجتماعی با افسردگی هستند (به‌عنوان مثال تسه و همکاران، ۲۰۱۱؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۸؛ ماتوس، پینتوگویا و دارت، ۲۰۱۵) همسو می‌باشند. همچنین، یافته یادشده با نتایج مطالعاتی که به‌بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های مرتبط با روابط بین‌فردی و عملکرد اجتماعی در گروه‌های افسرده مزمن، افسرده غیرمزمن و سالم پرداخته‌اند و حاکی از توان این متغیر در تفکیک این گروه‌ها هستند (تیلور، ۲۰۱۳؛ ریزو، ۲۰۰۳؛ کانستانتینو و همکاران، ۲۰۰۸؛ لی، ۲۰۱۱؛ انگست، ۲۰۰۹؛ هامن و برنان، ۲۰۰۷) مطابقت دارد. براین اساس، اختلال در پیوند اجتماعی به‌عنوان پیامد سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه، نقش مهمی در تبیین پدیدایی و پایداری افسردگی دارد. یافته حاضر را می‌توان، بر مبنای نظریه مک‌کالا (۲۰۰۰؛ ۲۰۰۳a؛ ۲۰۰۳b) به‌عنوان نظام‌مندترین نظریه‌ای که تاکنون در ارتباط با افسردگی مزمن ارائه شده و بر نقش عملکرد بین‌فردی تأکید می‌کند، تبیین نمود. بر مبنای این مدل، افراد مبتلا به افسردگی مزمن، از رشد ارتباطی بازدارنده، رنج می‌برند. در این مدل، گفته می‌شود که این افراد به‌لحاظ روابط بین‌فردی در سطح پیش‌عملیاتی پیازه عمل می‌کنند؛ این موضوع باعث می‌شود، افراد یادشده در برآورد پیامدهای بین‌فردی رفتارشان و در ارزیابی نقادانه بازخورد یا استنباط روابط علی، ناتوان باشند. چنین کاستی‌هایی باعث می‌شوند افراد مبتلا به افسردگی مزمن به‌لحاظ ادراکی از محیط جدا شوند، احساس شکست کنند، در کشمکش‌های بین‌فردی بسیار محتاطانه عمل نمایند و عاری از احساس عاملیت در جهان باشند. طبق دیدگاه مک‌کالا، عملکرد شناختی-هیجانی افراد افسرده مزمن در روابط بین‌فردی به شکل گسستگی خصمانه و سلطه‌پذیری مفرط، نمود پیدا می‌کند. این افراد به‌علت ناتوانی در دلبستگی همدلانه به‌دیگران و ابراز وجود مؤثر، در برآورده‌سازی نیازهای بین‌فردی‌شان مشکل دارند؛ نقصی که باعث حفظ یک حلقه عملکردشناختی و بین‌فردی بدوی و خلق افسرده دیرپا می‌شود. مک‌کالا

معتقد است، گرچه بنابر یافته‌های پژوهشی، افسرده‌های حاد هم مشکلات بین‌فردی دارند که با سلطه‌پذیری و ابراز وجود ناکارآمد، مشخص می‌شود، اما تعامل خصومت و سلطه‌پذیری در افسرده‌های مزمن، مشکلات و نقص‌های بین‌فردی آن‌ها را شدیدتر و پایدارتر می‌سازد. در تأیید این دیدگاه، ویلبرتز و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که خود-میان‌بینی و ناتوانی در همدلی بین‌فردی کارآمد که در نظریه پیازه مرتبط با سطح پیش‌عملیاتی است، ویژگی‌های روابط بین‌فردی افسرده‌های مزمن را تشکیل می‌دهند.

همان‌گونه که پیشتر گفته شد، افسردگی مزمن در مقایسه با افسردگی غیرمزمن، بار مالی بسیار سنگین‌تری را به‌نظام سلامت روان تحمیل می‌کند و تأثیر بسیار مخرب‌تری بر کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا دارد (براون و همکاران، ۱۹۹۹؛ مک‌فارلند و کلاین، ۲۰۰۵). از سوی دیگر، پاسخ‌دهی این نوع افسردگی به‌درمان‌های رایج برای افسردگی دوره‌ای (غیرمزمن)، به‌هیچ‌وجه رضایت‌بخش نیست (برگن و همکاران، ۲۰۰۹؛ ۲۰۱۰؛ کلاین، ۲۰۰۸). ادبیات پژوهشی پیشنهاد می‌کند، این پاسخ‌دهی ضعیف به‌درمان، ناشی از کمبود دانش راجع به تفاوت‌های آسیب‌شناختی افسردگی مزمن و غیرمزمن و در نتیجه، کمبود پروتکل‌هایی که با در نظرگرفتن این تفاوت‌ها، به‌طور اختصاصی برای افسردگی مزمن طراحی شوند. در نتیجه، یک شکاف اطلاعاتی مهم در حوزه مطالعات افسردگی، فقدان دانش آسیب‌شناسی راجع به جنبه‌های متمایزکننده افسردگی مزمن و غیرمزمن می‌باشد که یافته‌های مطالعه برخی از این جنبه‌ها را تبیین کرده است.

در مجموع، یافته‌های این مطالعه از دیدگاه کلاین و سانتیاگو (۲۰۰۳)، مبنی بر نقش کمی عوامل خطر ساز در افسردگی مزمن/غیرمزمن و دیدگاه ریزو و همکاران (۲۰۰۲)، در رابطه با مدل آسیب‌پذیری افزایشی در آسیب‌شناسی افسردگی مزمن حمایت می‌کند. به‌باور کلاین و سانتیاگو (۲۰۰۳) عوامل خطر ساز نقش کمی در افسردگی مزمن/غیرمزمن دارند؛ بدین معنا که هرچه سطح عامل خطر ساز بیشتر باشد، احتمال مزمن شدن افسردگی بیشتر است. در همین راستا، ریزو و همکاران (۲۰۰۲) نیز یک‌مدل آسیب‌پذیری افزایشی را در رابطه با آسیب‌شناسی افسردگی مزمن پیشنهاد می‌کنند. براساس این مدل، عوامل زیربنایی آسیب‌پذیری در افسردگی مزمن و غیرمزمن، مشابه هستند و تفاوت آن‌ها در درجه است، نه نوع. بدین معنا که افسرده‌های مزمن، سطوح بالاتری از عوامل آسیب‌پذیری را دارا هستند.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند، تأییدی بر این دیدگاه لینچ باشد که الگوی رفتاری مرتبط با بیش‌کنترل‌گری و گسستگی اجتماعی همراه با آن، می‌توانند پدیدایی و پایداری افسردگی را تبیین کند. براین اساس، بیش‌کنترل‌گری و اختلال در پیوند اجتماعی در آسیب‌شناسی افسردگی (اعم از مزمن/غیرمزمن) نقش دارند. همچنین به نظر می‌رسد، میزان گستردگی و شدت این دو سازه، مزمن/غیرمزمن بودن اختلال را تعیین می‌کند. براین اساس، هرچه بیش‌کنترل‌گری و اختلال در پیوند اجتماعی، گسترده‌تر و انعطاف‌ناپذیرتر شود، احتمال مزمن شدن افسردگی بیشتر است. همچنین، یافته‌های به‌دست آمده پیشنهاد می‌کند که هدف قراردادن بیش‌کنترل‌گری و پیوند اجتماعی در درمان افسردگی مزمن، احتمالاً نرخ پاسخ‌دهی این نوع افسردگی به‌درمان را افزایش می‌دهد و این احتمال وجود دارد که هدف قراردادن بیش‌کنترل‌گری و پیوند اجتماعی در درمان افسردگی غیرمزمن به‌پیشگیری از مزمن شدن اختلال منجر شود.

در نهایت، در تفسیر نتایج مطالعه حاضر، دو محدودیتی که متوجه آن‌هاست را باید مدنظر قرار داد: نخست این که غالب شرکت‌کنندگان در این مطالعه (حدود ۸۱ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند که تعمیم نتایج به مردان را با محدودیت مواجه می‌سازد. دوم این که غالب شرکت‌کنندگان در این مطالعه را افرادی دارای تحصیلات بالای دیپلم تشکیل می‌دادند. این موضوع، دلایلی چون همکاری بهتر بیماران تحصیل کرده و همچنین، استفاده از ابزارهای خود-گزارشی برای ارزیابی و سنجش (که در آن‌ها درک سوالات و پاسخ‌دهی به آن‌ها، مستلزم سطح نسبتاً بالایی از سواد است) داشت. براین‌اساس، تعمیم نتایج به بیماران بی‌سواد و کم‌سواد که معمولاً سطح اجتماعی-اقتصادی متفاوتی دارند، با محدودیت مواجه است.

منابع

- افضلی، ل.، همتی، م.، عزتی ابرغانی، م.، و کیلی، س.، جوادی، ف.، و بهمنی، ا. (۱۳۹۲). رابطه ابعاد کمال‌گرایی و جهت‌گیری هدفی با فرسودگی تحصیلی دانشجویان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۴(۴)، ۱۵۱-۱۶۱.
- بیطرف، ش.، شعیری، م.، ر.، حکیم جوادی، م. (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال‌گرایی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۷(۲۵)، ۷۵-۸۲.
- پورضائیان، ه.، گلزاری، م.، و برجلی، ا. (۱۳۹۴). سلامت عمومی و ویژگی‌های شخصیتی: ملاک‌هایی برای تعیین سازگاری و ناسازگاری انواع کمال‌گرایی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۲)، ۱۵-۳۷.
- تاجیک اسماعیلی، ع.، هاشمی رزینی، ه.، باحسنت جویباری، ش. (۱۳۹۴). نقش شناخت اجتماعی در آسیب‌شناسی روانی: مقایسه نظریه ذهن و سبک اسنادی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی و هم‌تایان سالم. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۳)، ۱۵۷-۱۶۸.
- شریفی، و.، اسعدی، م.، محمدی، م.، امینی، ه.، کاویانی، ح.، سمنانی، ی.، و جلالی رودسری، م. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). *تازه‌های علوم‌شناختی*، ۶(۱ و ۲)، ۱۰-۲۲.
- علوی، خ.، اصغری مقدم، م.، ع.، رحیمی‌نژاد، ع.، فراهانی، ح. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان. *فصل‌نامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۱(۱)، ۷۴-۹۱.
- علوی، خ.، اصغری مقدم، م.، ع.، رحیمی‌نژاد، ع.، فراهانی، ح.، ا. (۱۳۹۷). آزمون مدل فراتشخیصی مبتنی بر نظریه لینچ، در رابطه با افسردگی در جمعیت غیربالینی. *فصل‌نامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۲(۱)، ۳۷-۵۳.
- علوی، خ.، اصغری مقدم، م.، ع.، رحیمی‌نژاد، ع.، فراهانی، ح.، ا.، و شمس، گ. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های سنجشی مقیاس نیاز شخصی به ساختار. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۷(۴)، ۱۳۳-۱۵۰.
- فتح، ن.، آزاد فلاح، پ.، رسول‌زاده طباطبایی، ک.، و رحیمی، چ. (۱۳۹۲). روایی و اعتبار پرسشنامه مشکلات بین‌فردی (IIP-32). *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۵(۳)، ۸۰-۶۹.
- کاکوجویباری، ع.، و گلشن، ا. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر مشاوره گروهی به روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش افسردگی زنان معلول جسمی-حرکتی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۲)، ۱۰۵-۱۱۷.

References

- Alavi, Kh., Asghari Moghadam. A., Rahiminezhad, A., Farahani, H., & Modres, M. (2017). Psychometric properties of Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS). *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 19(1), 5-13.
- American Psychiatry Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J., Gamma, A., Rossler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of Affective Disorders*. 115(1-2), 112-121. doi: 10.1016/j.jad.2008.09.023.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*. 35(1), 21-35. doi: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x
- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200 (2-3), 550-553. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.009
- Brockmeyer, T., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H., & Backenstrass, M. (2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *Journal of Affective Disorders*. 175, 418-423. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.045
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Bell, B., & Dunn, E. (1999). Prevalence of dysthymic disorder in primary care. *Journal of Affective Disorders*. 54(3), 303-308. doi: 10.1016/S0165-0327(98)00189-X
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*. 52, 685-716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2017). Ethnic variations in other-oriented perfectionism's associations with depression and suicide behaviour. *Personality and Individual Differences*. 104, 504-509. doi: 10.1016/j.paid.2016.09.021
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*. 112(1), 155-159.
- Constantino, M. J., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D. C., & Arnou, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy (Chic)*. 45(4), 491-506. doi: 10.1037/a0014335
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.003
- Dobson, K. S., & Mohammadkhani, P. (2008). Psychometric properties of Beck Depression Inventory-2 in a big sample of major depression patients. *Rehabilitation*. 8(29), 80-86.
- Domes, G., Spenthof, I., Radtke, M., Isaksson, A., Normann, C., & Heinrichs, M. (2016). Autistic traits and empathy in chronic vs. episodic depression. *Journal Affective Disorders*. 195, 144-147. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.006

- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. (2010). Depression. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. 2nd edition, Guilford Press.
- Dunner, David L. (2005). Dysthymia and double depression. *International Review of Psychiatry*. 17(1), 3-8. doi: 10.1080/09540260500064983
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, H. B., Bienvenu, O. J., & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 65(5), 513-520. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.513.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 39(2), 175-191.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*. 21(4), 185-192. doi: 10.1002/da.20070
- Gilbert P., McEvan, K., Mitra., R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and in patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*. 6, 135-143.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*. 3(3), 182-191. doi: 10.1080/17439760801999461
- Gilmer, W. S., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Luther, J., Howland, R. H., & Alpert, J. (2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 112(6), 425-433. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00633.x
- Hammen, C., & Brennan, P. A. (2002). Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments independent of depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 72(2), 145-156.
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2014). Eating disorder subtypes differ in their rates of psychosocial improvement over treatment. *Journal of Eating Disorders*, 2, 2. doi: 10.1186/2050-2974-2-2
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 34, 119-138.
- Kim, B. S. K., & Omizo, M. M. (2005). Asian and European American cultural values, collective self-esteem, acculturative stress, cognitive flexibility, and general self-efficacy among Asian American college students. *Journal of Counseling Psychology*. 52(3), 412-419.
- Kim, B. S. K., Atkinson, D. R., & Umemoto, D. (2001). Asian cultural values and counseling process: current knowledge and directions for future research. *Counseling Psychology*. 29, 570-603.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression:

psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(5), 864-877.

Klein, D. N. (2008). Classification of depressive disorders in the DSM-V: proposal for a two-dimension system. *Journal of Abnormal Psychology*. 117(3), 552-560. doi: 10.1037/0021-843x.117.3.552

Klein, D. N., & Kotov, R. (2016). Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology*. 125(3), 337-348. doi: 10.1037/abn0000147

Klein, D. N., & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology*. 59(8), 807-816. doi: 10.1002/jclp.10174

Klein, D. N., Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2004). Family study of chronic depression in a community sample of young adults. *American Journal of Psychiatry*. 161(4), 646-653.

Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., & Engels, R. C. M. E. (2012). Emotion Regulation in Adolescence: A Prospective Study of Expressive Suppression and Depressive Symptoms. *The Journal of Early Adolescence*. 33(2), 184-200. doi: 10.1177/0272431611432712

Lehman, D. R., Chiu, C., & Schaller, M. (2004). Psychology and Culture. *Annual Review of Psychology*. 55(1), 689-714.

Levkovitz, Y., Tedeschini, E., & Papakostas, G. I. (2011). Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Journal of Clinical Psychiatry*. 72(4), 509-514. doi: 10.4088/JCP.09m05949blu

Ley, P., Helbig-Lang, S., Czilwik, S., Lang, T., Worlitz, A., Brucher, K., & Petermann, F. (2011). Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*. 65(5), 330-337. doi: 10.3109/08039488.2011.552121

Lynch, T. R. et al. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*. 13, 293. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/293>

Lynch, T. R., Hempel, R. J., & Dunkley, C. (2015). Radically Open-Dialectical Behavior Therapy for Disorders of Over-Control: Signaling Matters. *American Journal of Psychotherapy*. 69(2), 141-162.

Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Christos, P., Bleiberg, K., & Carlin, A. (2008). Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 196(6), 468-474. doi: 10.1097/NMD.0b013e31817738f1

Matos, M., Pinto Gouveia, J., & Duarte, C. (2015). Constructing a Self-Protected against Shame: The Importance of Warmth and Safeness Memories and Feelings on the Association between Shame Memories and Depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(3), 317-335.

McCullough Jr, J. P., Klein, D. N., Borian, F. E., Howland, R. H., Riso, L. P., Keller, M. B., & Banks, P. L. C. (2003). Group Comparisons of DSM-IV Subtypes of Chronic Depression: Validity of the Distinctions, Part 2. *Journal of Abnormal*

Psychology. 112(4), 614-622. doi: 10.1037/0021-843X.112.4.614

McCullough, J. P., JR. (2003a). Treatment for chronic depression: Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration*. 13, 241-263.

McCullough, J. P., JR. (2003b). Treatment for chronic depression using Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*. 59, 833-846.

McCullough, J. P., Jr., Klein, D. N., Keller, M. B., Holzer, C. E., 3rd, Davis, S. M., Kornstein, S. G., & Harrison, W. M. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): validity of the distinction. *Journal of Abnormal Psychology*. 109(3), 419-427.

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. *Comprehensive Psychiatry*. 46(4), 246-253.

Moore, R. C., & Garland, A. (2003). *Cognitive Therapy for Chronic and persistent depression*: John Wiley & Sons Ltd.

Murphy, J. A., & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 139(2), 172-180. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.033

Neuberg, S. L., Newsom, J. T. (1993). Personal Need for Structure: Individual Differences in the Desire for Simple Structure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65(1), 113-131.

Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., & McClure, K. S. (2002). Practitioner's guide to empirically based measures of depression. Kluweracademic publishers.

NICE (2009). Clinical guideline: The treatment and management of depression in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>

Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*. 51(6), 704-708. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>

Rhebergen, D., Beekman, A. T., de Graaf, R., Nolen, W. A., Spijker, J., Hoogendijk, W. J., & Penninx, B. W. (2010). Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: a 3-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 124(1-2), 148-156. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.029

Rhebergen, D., Beekman, A. T., Graaf, Rd, Nolen, W. A., Spijker, J., Hoogendijk, W. J., & Penninx, B. W. (2009). The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *Journal of Affective Disorders*. 115(3), 450-459. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.018

Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., & Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 112(1), 72-80.

Sherry, D. L., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Mushquash, A., & Flett, G. L. (2015).

The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual Differences*. 76, 104-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.002>

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*. 72(2), 271-324.

Taylor, G. (2013). Overcontrolled Tendencies in Refractory Depression compared to Acute Non-Chronic Depression; The Importance of Treating Maladaptive Personality Style. PhD thesis, university of exeter.

Thompson, M. M., Naccarato, M. E., Parker, K. C. H., & Moskowitz, G. B. (2001). The personal need for structure and personal fear of invalidity measures: Historical perspectives, current applications, and future directions. In G. B. Moskowitz (Ed.), *Cognitive social psychology: The Princeton symposium on the legacy and future of social cognition* (pp.19-40). NJ: Erlbaum.

Tse, W. S., Rochelle, T. L., & Cheung, J. C. (2011). The relationship between personality, social functioning, and depression: a structural equation modeling analysis. *International Journal of Psychology*, 46(3), 234-240. doi: 10.1080/00207594.2011.554553

Van Randenborgh, A., Huffmeier, J., Victor, D., Klocke, K., Borlinghaus, J., & Pawelzik, M. (2012). Contrasting chronic with episodic depression: an analysis of distorted socio-emotional information processing in chronic depression. *Journal of Affective Disorders*. 141(2-3), 177-184. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.039

WHO. (2001). *The World health report: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

Wilbertz, G., Brakemeier, E. L., Zobel, I., Harter, M., & Schramm, E. (2010). Exploring preoperational features in chronic depression. *J Affect Disord*. 124(3), 262-269. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.021