

مجموعہ درمان های اثربخش

راهنمای تشخیصی - درمانی اختلال افسردگی مزمن

راهنمای درمانگر

(بر اساس 5-DSM)

تألیف:

دکتر محمد حاتمی

(دانشیار دانشگاه خوارزمی)

علیرضا احمدیان

مریم امیدبگی

سرشناسنامه:	حاتمی، محمد، ۱۳۳۶ -
عنوان و نام پدیدآور:	مجموعه درمان‌های اثربخش: راهنمای تشخیصی - درمانی اختلال افسردگی مزمن (راهنمای درمانگر بر اساس DSM-5)
مشخصات نشر:	مریم امیدبیگی، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری:	۳۸۰ ص.
شابک:	978-600-04-2857-0
یادداشت:	فهرست‌نویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است
وضعیت فهرست نویسی:	فیفا
شماره افزوده:	احمدیان، علیرضا، ۱۳۶۴-
شماره افزوده:	امیدبیگی، مریم، ۱۳۵۸-
شماره کتابخانه ملی:	۳۸۱۸۶۰۹

مجموعه درمان‌های اثربخش: راهنمای تشخیصی - درمانی اختلال افسردگی مزمن (راهنمای

درمانگر بر اساس DSM-5)

نویسنده: محمد حاتمی، علیرضا احمدیان، مریم امید بیگی

ناشر: مریم امید بیگی

سال انتشار: ۱۳۹۴

صفحات و جلد: ۳۸۰ و ۱

نوبت چاپ: اول

تیراژ:

قیمت: ۲۳۰۰۰۰ ریال

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای مولفان محفوظ و مخصوص است.

اختلال افسردگی مزمن یا دیستایمیا (افسرده‌خوبی) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در سراسر دنیا است (لوپز^۱، مادرز^۲، اراتی^۳، جامی سون^۴ و مورای^۵، ۲۰۰۶؛ احمدیان، ۲۰۱۳). این اختلال متن پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ «DSM-5» به صورت اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) یا مستمر^۷ با کد تشخیصی (F34.1) -300.4 نام‌گذاری شده است و همچنان یکی از اختلال‌های شایع روان‌شناختی است (مورفی^۸ و جرارد^۹، ۲۰۱۲). مطابق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) اختلال خلقی مزمنی است که شیوع بالایی دارد یعنی حدود ۵ تا ۶ درصد از کل افراد به آن مبتلا هستند (کلین^{۱۰}، شانکمن^{۱۱}، ۲۰۰۶). همچنین طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت^{۱۲}، ۱۲۱ میلیون نفر در سراسر دنیا از افسردگی رنج می‌برند و پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آینده دومین بیماری رایج باشد که جمعیت دنیا را گرفتار می‌کند و تقریباً ۱۱ درصد از کل بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد (اوستون^{۱۳}، ماتئوس^{۱۴}، چاتررji^{۱۵}، مادرز و مورای، ۲۰۰۴). گرچه شیوع اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) در مقایسه با افسردگی ماسی^{۱۶} بسیار کمتر است با این حال ۱۹ درصد بیماران افسرده با تشخیص اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) وارد مرحله درمان می‌شوند (کلر^{۱۷} و هانک^{۱۸}، ۱۹۹۵) و تا ۴۰ درصد از مراجعین سدگ^{۱۹} به کلینیک‌های روان‌پزشکی حالت‌هایی از اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) را نشان می‌دهند (کلارک^{۲۰}، بک^{۲۱} و آلفورد^{۲۲}، ۱۹۹۹).

1- Lopez

2- Mathers

3- Ezzati

4- Jamnison

5- Murray

6- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

7- Persistent Depressive Disorder

8- Morphy

9- Gerard

10- Klein

11- Shankman

12- Rose

13- World Health Organization

14- Ustun

15- Mateos

16- Chatterji

17- Major Depression

18- Keller

19- Hank

20- Clark

21- Beck

22- Alford

بیشتر از ۴۷ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پزشکی عمومی از اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) رنج می‌برند (تروپی^۱، کلاین^۲، ۲۰۰۸، آرنو^۳ و کنستانتینو^۴، ۲۰۰۳) و حدود ۲۰ درصد افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند نهایتاً تشخیص اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) را دریافت می‌کنند (گیلمر^۵، تراویدیو^۶، راش^۷، ۲۰۰۵). لذا به نظر می‌رسد پرداختن به درمان‌های اثربخش برای این اختلال ضروری و راهگشا است (ویشمن^۸، ۲۰۰۸).

اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) به‌ویژه اصطلاح افسرده‌خوبی نوعی اختلال خلقی است به معنی سرشار بیمارگون که از ریشه عبارتی یونانی گرفته‌شده است می‌باشد. برخلاف مزمن بودن این اختلال، شانه‌های اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) برای مدتی طولانی دوام می‌یابند اما شدت و ابعاد علائم بالینی بیمار به‌گونه‌ای نیست که بتوان تشخیص اختلال افسردگی اساسی را بر آن گذاشت. از آنجایی که این اختلال بیش از یک دوره طول می‌کشد و حتی گاهی به مدت یک دهه نیز تداوم می‌یابد، اگر به سرباره اختلال مذکور تمایل دارند افسردگی را به‌عنوان بخشی از زندگی خود به شمار آورند (سارکس و همکاران، ۲۰۰۹؛ مادو، ریسو و همکاران، ۲۰۱۲). همان‌طور که از انتشار مطالعات جدید ابعاد زیربنایی و روش‌های درمانی اثربخش آن نمایان است با شیوه‌های درمانی که می‌توانند استعدای رشد روانی و حوادث گذشته‌نگر در این اختلال را شناسایی، درمان و کنترل کنند، می‌توان ضمن در مدیریت این اختلال برداشت و درمان‌های نوین و پیشرفته مانند طرح‌واره‌درمانی توانستند با ارائه کارآزمایی‌های بالینی به نتایج امیدبخش در این حوزه دست یابند. سیمای کلی زیر به‌عنوان خلاصه‌ای از اداف تشخیصی-درمانی کتاب حاضر استخراج‌شده و به‌عنوان نتیجه‌گیری کلی از تمام اطلاعات گردآوری‌شده به‌عنوان مسیر منطقی درمان افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) برای ملاحظه کلی متخصصان مطرح شده است.

1- Tropy

2- Klem

3- Arnow

4- Constantino

5- Gilmer

6- Trivedi

7- Rush

8- Wisnman



سیمایه کلی درمان اثربخش اختلال افسردگی مزمن یا مداوم (دستبیمیا)

باید متذکر شد یا توجه به تألیف نوین و استفاده متون علمی چاپ شده در سال ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ و نیز توجه به این نکته نام اختلال افسرده‌خویی در متن جدید DSM-5 به عبارت «اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) یا عبارت لاتین Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) تغییر یافته، در این کتاب سعی شده، این عبارت اصلاح شده و جامع‌تر یعنی افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) به کار برده شود. کتاب حاضر شامل ۹ فصل و مشتمل بر جدیدترین یافته‌های بالینی از افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) است که هر فصل شامل شش ترجمه، تدوین و سازمان‌دهی علمی یکپارچه توسط یکی از اعضای کمیته پژوهشی تألیف کتب مهیا و با نظارت سایر اعضای تیم پژوهشی بازبینی و اصلاح شده است. در نهایت این مجموعه را به که این مجموعه را به پاس زحمات و راهنمایی‌های صمیمانه به دکتر کامران شفیعی تقدیم می‌نماییم و با استقبال از پیشنهادهای استادان و دانشجویان فرزانه در جهت ارتقاء سطح نوآوری این کتاب، آمادگی دارد تا نظرات ایشان را دریافت نموده و در ویرایش بعدی به کار بدهیم.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه.....	۱
فصل اول.....	۲۰
آشنایی با ابعاد اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۲۰
اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۲۰
ملاحظات تشخیصی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) در DSM-5.....	۲۲
ویژگی‌های تشخص.....	۲۴
عوامل خطر و پیش‌آگهی در DSM-5.....	۲۴
تشخیص افتراقی.....	۲۵
همه‌گیری اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۳۲
سیر بالینی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۳۳
اختلالات توأم با اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۳۷
فصل دوم.....	۴۱
ابعاد زیستی و روان‌شناختی زمینه‌ساز.....	۴۱
اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۴۱
عوامل مؤثر در سیر بالینی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۴۱
۱- عوامل رشدی اختلال.....	۴۱
۲- عوامل ویژگی‌های شخصیتی.....	۴۴
۳- استرس‌زاهای روانی اجتماعی.....	۴۵
۴- عوامل بیولوژیکی.....	۴۵
نورواپندوکریئولوژی.....	۴۶
فیزیولوژی و زیربنای تغییرات چرخه خواب.....	۴۶
کارکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی.....	۴۹
۵- عوامل ژنتیکی.....	۶۱
فصل سوم.....	۶۴

۶۴	مدل شناختی کلاسیک یک در تبیین افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۶۴	عوامل شناختی در تبیین افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۶۵	نظریه افسردگی بک.....
۶۵	اجزای سه‌گانه شناختی در افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۶۷	تحریف‌های شناختی.....
۶۷	نقش واسطه‌ها.....
۷۰	طرح‌واره‌های افسرده‌ساز در نظریه بک.....
۷۴	فصل چهارم.....
۷۴	مدل شناختی مور در تبیین اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۷۴	مدل شناختی بک در تبیین افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۷۸	ابعاد مدل درمانی افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) مور.....
۷۹	الف) رابطه درمانی.....
۷۹	ب) ساختار جلسات.....
۷۹	پ) تکالیف خانگی.....
۸۰	ت) مراحل درمان.....
۸۵	فصل پنجم.....
۸۵	مدل سیستم تحلیل رفتاری شناختی مک‌کالو در تبیین افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۸۵	مدل سیستم تحلیل رفتاری شناختی افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۸۶	ویژگی‌های درمان سیستم تحلیل رفتاری شناختی.....
۸۹	فرضیات زیربنایی نظریه مک‌کالو.....
۸۹	فرض ۱:.....
۹۰	فرض ۲:.....
۹۳	اهداف درمانی CBASP.....
۹۵	فصل ششم.....
۹۵	مدل طرح‌واره درمانی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۹۵	مدل طرح‌واره درمانی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۹۶	سیر تاریخی مفهوم طرح‌واره در روان‌درمانی.....
۹۸	تعریف طرح‌واره ناسازگار اولیه.....
۱۰۱	ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی).....
۱۰۳	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه.....

۱۰۵	تمایز طرح‌واره‌ها از حیت شرطی و غیرشرطی بودن
۱۰۶	بیولوژی طرح‌واره در اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی)
۱۰۷	سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار
۱۱۲	تسلیم طرح‌واره
۱۱۲	اجتناب طرح‌واره
۱۱۳	جبران افراطی طرح‌واره
۱۱۴	ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای
۱۱۶	کاربرد ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای در درمان برخی اختلالات
۱۱۶	اختلالات شخصیت خوشه C و تئوری طرح‌واره
۱۲۲	ذهنیت‌های رایج در مجرمین مبتلابه اختلالات روانی
۱۲۷	فرایند طرح‌واره‌درمانی
۱۲۸	تکنیک‌های شناختی در طرح‌واره محور
۱۲۹	تکنیک‌های تجربی در طرح‌واره محور
۱۳۰	الگوهای رفتاری در طرح‌واره محور
۱۳۰	توصیف سیمای بالینی طرح‌واره‌های ناکام‌آمد
۱۳۰	طرح‌واره طرد، بریدگی رهاشدگی
۱۳۱	طرح‌واره بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۱۳۲	طرح‌واره محرومیت هیجانی
۱۳۳	طرح‌واره نقص/شرم
۱۳۴	طرح‌واره انزوای اجتماعی
۱۳۵	طرح‌واره وابستگی بی‌کفایتی
۱۳۶	طرح‌واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
۱۳۷	طرح‌واره گرفتار خود تحول نیافته
۱۳۸	طرح‌واره شکست
۱۳۹	طرح‌واره استحقاق بزرگ‌منشی
۱۴۰	طرح‌واره خویش‌داری خود انضباطی ناکافی
۱۴۱	طرح‌واره اطاعت و دیگر جهت‌مندی
۱۴۲	طرح‌واره خودفریبانی‌سازی
۱۴۴	طرح‌واره پذیرش‌جویی جلب توجه
۱۴۷	طرح‌واره منفی‌خرابی بدبینی

۱۴۸	طرح‌واره بازداري هيچاني
۱۵۰	طرح‌واره معيارهاي سرسختانه/ غيب‌جويي افراطي
۱۵۱	طرح‌واره تنبيه
۱۵۲	نگاه پژوهش محور (مبتي بر شواهد باليني) به اختلال افسردگي مداوم (افسرده‌خويي)
۱۶۷	راهنماي گام‌به‌گام جلسات طرح‌واره‌درماني
۱۶۷	اختلال افسردگي مداوم (افسرده‌خويي)
۱۶۸	جلسه اول تا سوم
۱۶۹	جلسه چهارم تا ششم
۱۷۱	کاربست بر شواهد آييلي
۱۷۲	جلسه هفتم تا نهم
۱۷۳	مرحله سنجش آموزش طرح‌واره ناسازگار اوليه
۱۷۴	جلسات يازدهم تا پانزدهم
۱۷۵	جلسات شانزدهم تا نوزدهم
۱۷۷	جلسات بيستم تا بيست و پنجم
۱۷۷	جلسه آموزش‌هاي تکميلي
۱۷۸	جلسه پيگيري نهايي و مرحله خاتمه دادن به جلسات رسمي درمان
۱۷۸	فصل هفتم
۱۷۸	مدل فراشناختي ولز در تبين اختلال افسردگي مداوم (افسرده‌خويي)
۱۷۸	مدل فراشناختي اختلال افسردگي مداوم (افسرده‌خويي)
۱۸۱	اهداف درمان فراشناختي اختلال افسردگي مداوم (افسرده‌خويي)
۱۸۱	جلسات درماني فراشناخت
۱۸۴	چالش با باورهاي فراشناختي مثبت در مورد تشخوار فکري
۱۸۴	گام ۱:
۱۸۵	گام ۲:
۱۸۵	گام ۳:
۱۸۵	مقابله ناسازگار با نوسان‌هاي خلقي
۱۸۵	تقويت طرح‌هاي جديد براي پردازش
۱۸۶	برنامه باليني پيشگيري از عود
۱۸۸	فصل هشتم
۱۸۸	درمان افسردگي مبتي بر ذهن‌آگاهي

۱۸۸	 ذهن آگاهی چیست؟
۱۹۰	 تاریخچه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)
۱۹۱	 تئوری‌های آسیب‌شناسی روانی بر پایه ذهن آگاهی
۱۹۱	 تئوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)
۱۹۲	 تئوری رفتاردرمانی دیالکتیکی
۱۹۲	 تئوری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۹۳	 اهداف روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۹۴	 تکنیک‌های ذهن آگاهی در تعدیل هیجانات منفی و تحمل تنش
۱۹۵	 استفاده استعاره
۱۹۶	 عوامل رمانداز تنش
۱۹۷	 حمایت تجربی از درمان شناختی افسردگی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۹۷	 مدل درمان افسردگی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۹۷	 ساخت و برنامه آموزش
۱۹۸	 جلسه اول
۱۹۸	 آشنایی کلی با روش
۱۹۸	 جلسه دوم
۱۹۸	 تمرین رسمی: خوردن آگاهانه یک سبزی
۲۰۰	 جلسه سوم
۲۰۰	 ذهن آگاهی و موانع روزمره
۲۰۰	 تمرین غیررسمی: ذهن آگاهی در تمام روز
۲۰۴	 جلسه چهارم
۲۰۴	 تنفس آگاهانه
۲۰۷	 جلسه پنجم
۲۰۷	 تمرین توجه آموزی راه رفتن
۲۱۲	 جلسه ششم
۲۱۲	 ذهن آگاهی بدن
۲۱۶	 جلسه هفتم
۲۱۶	 عمیق‌تر کردن تمرینات
۲۲۳	 جلسه هشتم
۲۲۳	 ادامه تمرینات

- ۲۲۴..... تکنیک‌های توجه و تمرکزافزایی آگاهانه دراز کشیده.
- ۲۳۰..... حالت پل با کشش بازو.
- ۲۳۰..... حالت پل.
- ۲۳۱..... جنبش به عقب و جلو.
- ۲۳۱..... کشش کنار پا.
- ۲۳۹..... تکنیک‌های توجه و تمرکزافزایی آگاهانه ایستاده.
- ۲۶۵..... بازخورد تکنیک‌های توجه و تمرکزافزایی آگاهانه ایستاده.
- ۲۷۱..... آگاه شدن از علائم هشداردهنده افسردگی.
- ۲۷۳..... دستورالعمل ارزیابی درازناتختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای افسردگی.
- ۲۷۶..... فصل نهم.
- ۲۷۶..... سنجش و ارزیابی بالینی ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).
- ۲۷۶..... ابزارهای سنجش بالینی افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).
- ۲۷۷..... مصاحبه بالینی ساختاریافته نسخه بالینی گر (SCID-CV).
- ۲۷۸..... پرسشنامه بالینی چند محوری میل (MCI II-III).
- ۲۷۹..... پرسشنامه اضطراب بک.
- ۲۸۰..... پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II).
- ۲۸۱..... پرسشنامه طرح‌واره یانگ شکل بلند ۲۳۲ سؤالی (SC-۱۵۱).
- ۲۸۱..... فرم ثبت طرح‌واره‌های یانگ - ۱۹۹۳.
- ۲۸۲..... پرسشنامه سبک فرزند پروری یانگ - ۱۹۹۴.
- ۲۸۲..... پرسشنامه طرح‌واره‌های اجتناب یانگ و رای - ۱۹۹۴.
- ۲۸۲..... پرسشنامه طرح‌واره‌های جبران یانگ - ۱۹۹۵.
- ۲۸۳..... خلاصه مفهوم‌سازی مشکل بیمار در ساختار طرح‌واره‌درمانی.
- ۲۸۴..... فهرست ابزارهای روان‌سنجی.
- ۲۸۴..... ابزار سنجش بالینی شماره ۱.
- ۲۸۴..... پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره‌های یانگ.
- ۲۸۹..... ابزار سنجش بالینی شماره ۲.
- ۲۸۹..... پرسشنامه طرح‌واره فرم بلند (ویرایش دوم).
- ۲۹۰..... مقیاس درجه‌بندی.
- ۳۰۵..... ابزار سنجش بالینی شماره ۳.
- ۳۰۵..... «پرسشنامه فرزند پروری یانگ».

۳۰۸.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۴.....
۳۰۸.....	پرسشنامه طرح‌واره بانگ (نسخه سوم فرم کوتاه).....
۳۱۵.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۵.....
۳۱۵.....	پرسشنامه تشخیص افسردگی یک- نسخه دوم (BDI-2).....
۳۲۰.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۶.....
۳۲۰.....	فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI-2).....
۳۲۳.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۷.....
۳۲۳.....	پرسشنامه اضطراب یک.....
۳۲۴.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۸.....
۳۲۴.....	پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ).....
۳۲۶.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۹.....
۳۲۶.....	فرم بالینی پیرانه‌های به‌صورت روزانه.....
۳۲۸.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۱۰.....
۳۲۸.....	غربال اولیه و تشخیص اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) بر اساس DSM-5.....
۳۳۰.....	کدگذاری اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) (عبارات A-60 A-45).....
۳۴۳.....	ابزار سنجش بالینی شماره ۱۱.....
۳۴۳.....	فرم ارزیابی پیش‌فرض‌ها، قواعد و راه‌های رفتارهایی شناختی افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....
۳۴۳.....	منابع.....
۳۵۳.....	منابع.....

فهرست جداول

۲۳	جدول ۱-۱: ملاک‌های تشخیصی اختلال افسرده‌خویی در DSM-5
۲۷	جدول ۱-۲: مقایسه گام به گام جدیدترین تغییرات DSM-IV-TR با آخرین متن DSM-5 در علامت‌شناسی افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۳۲	جدول ۳-۱: چارچوب ابعاد روانی زیستی و اجتماعی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۳۹	جدول ۴-۱: ملاک‌های پژوهشی جایگزین B برای اختلال افسرده‌خویی
۵۰	جدول ۱-۳: سیر تحول ابزارهای سنجش و شناسایی مناطق مغزی درگیر در اختلال افسرده‌خویی
۵۳	جدول ۲-۱: متدیسه اثر نورونسمیت‌ها در اختلالات خلقی
۵۴	جدول ۳-۲: سیر تحول تابش سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۵	جدول ۴-۲: کاربرد مهارت‌های شناختی جذب سروتونین سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۵	جدول ۵-۲: کاربرد داروهای دوگانه سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۵	جدول ۶-۲: کاربرد داروهای مهارکننده مونوآمین اکسیداز در سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۶	جدول ۷-۲: کاربرد نورادرژیک‌ها در سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۶	جدول ۸-۲: کاربرد داروهای سه حلقه‌ای و چهار حلقه‌ای در سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۶	جدول ۹-۲: کاربرد سایر داروهای مکمل در سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۷	جدول ۱۰-۲: کاربرد درمان‌های فیزیکی برای سایکوفارماکوتراپی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۵۹	مقاوم درمان
۶۰	جدول ۱۱-۲: درمان‌های خط اول مقاومت شکن در عدم پاسخ‌دهی به سایر درمان‌های سایکوفارماکوتراپیک اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۶۰	جدول ۱۲-۲: درمان‌های خط دوم مقاومت شکن در عدم پاسخ‌دهی به سایر درمان‌های سایکوفارماکوتراپیک اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۶۱	جدول ۱۳-۲: تبیین سبب‌نامه روانی اجتماعی خانواده و خویشاوندان نزدیک فرد بیمار
۶۷	جدول ۱-۳: محتوای افکار افسردگی و علائم افسردگی
۶۹	جدول ۲-۳: عوامل مربوط به تاریخچه خودکشی طرح‌واره‌های افسردگی‌زا

جدول ۳-۳: طرح‌واره‌ها، پردازش اطلاعات، محتوای فکر و افسردگی.....	۷۰
جدول ۳-۴: طرح‌واره‌های معمول در بیماران افسرده.....	۷۱
جدول ۶-۱: تقسیم طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی.....	۱۰۵
جدول ۶-۲: مثال‌هایی از سبک‌های مقابله‌ای مرتبط با طرح‌واره‌های خاص.....	۱۰۸
جدول ۶-۳: نمونه‌هایی از پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار.....	۱۱۰
جدول ۶-۴: ذهنیت‌های کودکانه.....	۱۱۵
جدول ۶-۵: ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار.....	۱۱۶
جدول ۶-۶: ذهنیت‌های والد ناکارآمد.....	۱۱۶
جدول ۶-۷: نمایه ویژگی‌های پژوهش‌های واردشده در فرا تحلیل.....	۱۵۶
جدول ۶-۸: عدالت هم‌بود با مقاومت پاسخ‌دهی به درمان در اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۱۵۸
جدول ۶-۹: نتایج مقایسه میانگین‌ها برای گروه‌های کلاسیک و تمثیلی-استعاره‌ای.....	۱۶۳
جدول ۶-۱۰: نتایج آزمون‌های سیرات درون آزمودنی برای گروه‌های کلاسیک و تمثیلی-استعاره‌ای.....	۱۶۴
جدول ۶-۱۱: مقایسه میانگین‌های درون گروه‌های تحت مطالعه کلاسیک و تمثیلی-استعاره‌ای در فرآیند پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بحریک شناختی بیماران افسرده‌خو.....	۱۶۴
جدول ۶-۱۲: لیست فیلم‌های درمانی برای اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی).....	۱۶۸
جدول ۸-۱: جدول ثبت تمرینات روزانه.....	۲۰۳
جدول ۸-۲: جدول ثبت احساسات.....	۲۱۵
جدول ۸-۳: جدول ثبت تمرینات.....	۲۳۸
جدول ۸-۴: جدول ثبت تمرینات.....	۲۶۵
جدول ۸-۵: دستورالعمل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.....	۲۷۳

- جدول ۹-۱: ابزارهای اصلی سنجش و تشخیص افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)..... ۲۷۶
- جدول ۹-۲: تعیین درجه اضطراب بر اساس پرسشنامه اضطراب بک..... ۲۸۰
- جدول ۹-۳: طبقه‌بندی جدید نمرات آزمون بک-دو..... ۲۸۱
- جدول ۹-۴: جدول خلاصه مفهوم‌سازی مشکل بیمار در ساختار طرح‌واره درمانی یانگ..... ۲۸۳
- جدول ۹-۵: کلید پاسخنامه YSQ ۲۳۲ سؤالی..... ۳۰۲
- جدول ۹-۶: کلید نمره‌گذاری پرسشنامه سبک فرزندپروری یانگ..... ۳۰۸
- جدول ۹-۷: پاسخنامه پرسشنامه طرح‌واره یانگ..... ۳۱۳
- جدول ۹-۸: دامنه تشخیصی SICD-CV..... ۳۲۹

فهرست اشکال

- شکل ۱-۱: مقایسه نیم‌رخ افتراقی انواع اختلالات خلقی در یک سیمای کلی ۳۰
- شکل ۱-۲: مقایسه نیم‌رخ افتراقی انواع اختلالات خلقی در یک سیمای کلی ۳۱
- شکل ۱-۳: مقایسه نیم‌رخ افتراقی اختلال افسردگی حاد در یک سیمای کلی ۳۶
- شکل ۱-۴: مقایسه نیم‌رخ افتراقی اختلال افسرده‌خوبی در یک سیمای کلی ۳۷
- شکل ۱-۲: در هم تنیدگی عوامل مختلف رشدی در ایجاد اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) ۴۲
- شکل ۲-۲: مدل اکزوتیک اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) ۴۳
- شکل ۲-۱: مکانیسم سروتونی در فضای پیش سیناپسی کورتکس پیش پیشانی ۵۰
- شکل ۲-۲: مکانیسم سروتونی کورتکس پیش پیشانی در اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) پس از فوت بیمار بر اساس دیدگاه لیسنو و جونگ ۵۲
- شکل ۲-۵: فرمول مولی ساختاری برخی داروهای اصلی در درمان اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) لیسنو و جونگ ۵۸
- شکل ۲-۶: نقشه ژنتیکی، ژن‌ها، بزرگ در اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) ۶۱
- شکل ۱-۳: مدل تحریف شناختی و هیئت بیمار در اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) ۶۶
- شکل ۱-۴: عوامل رشد شناختی بدخیم در ایجاد اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) ۷۷
- شکل ۱-۵: سیمای استعاری از شبکه روابط میان فردی، اختلال در بیماران مبتلای به اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) ۹۱
- شکل ۱-۶: مدل برانکیزان‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (لیهی) ۱۰۱
- شکل ۲-۶: مدل در هم تنیدگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در تولید بیجان منفی (لیهی) ۱۰۴
- شکل ۳-۶: مدل ذهنیت طرح‌واره‌ای در اختلال شخصیت اجتنابی ۱۱۸
- شکل ۴-۶: مدل ذهنیت طرح‌واره‌ای در اختلال شخصیت وابسته ۱۲۰
- شکل ۵-۶: مدل ذهنیت طرح‌واره‌ای در اختلال شخصیت وسواسی ۱۲۲
- شکل ۶-۷: مدل فراساختی افسردگی مزمن (ولز، ۲۰۱۰) ۱۸۰
- شکل ۱-۸: تکنیک‌های توجه و تمرکزآزایی نشسته ۲۲۳

- شکل ۸-۲: حالت تاق باز ۲۲۵
- شکل ۸-۳: کشش بدن در حالت تاق باز ۲۲۵
- شکل ۸-۴: پیچ تاق باز ۲۲۶
- شکل ۸-۵: کشش تمام بدن در حالت تاق باز ۲۲۶
- شکل ۸-۶: کشش پا ۲۲۷
- شکل ۸-۷: زانوی تکی به سینه ۲۲۸
- شکل ۸-۸: تکان لگنی ۲۲۹
- شکل ۸-۹: حالت پایی ۲۳۰
- شکل ۸-۱۰: دست پای کشش بازو ۲۳۰
- شکل ۸-۱۱: حالت پای ۲۳۰
- شکل ۸-۱۲: جنبش عمیق ران ۲۳۱
- شکل ۸-۱۳: کشش کنار پا ۲۳۲
- شکل ۸-۱۴: کشش پا به صورت دایره ۲۳۳
- شکل ۸-۱۵: مار کبری اصلاح شده ۲۳۳
- شکل ۸-۱۶: کبری کامل ۲۳۴
- شکل ۸-۱۷: حالت گاو و حالت گربه ۲۳۴
- شکل ۸-۱۸: حالت بچه ۲۳۵
- شکل ۸-۱۹: حالت پرنده ۲۳۵
- شکل ۸-۲۰: حالت تاق باز کشش تمام بدن ۲۳۶
- شکل ۸-۲۱: حالت کشودگی ۲۳۷
- شکل ۸-۲۲: حالت جسد ۲۳۸
- شکل ۸-۲۳: حالت کوه ۲۴۰
- شکل ۸-۲۴: کشش کامل بدن در حالت ایستاده ۲۴۱
- شکل ۸-۲۵: کشش افقی بازو ۲۴۲
- شکل ۸-۲۶: کشش یکی از بازوها ۲۴۳
- شکل ۸-۲۷: کشش خم شدن به طرف بالا ۲۴۴
- شکل ۸-۲۸: جنباندن شانه ها ۲۴۵
- شکل ۸-۲۹: کشش آوردن ۲۴۶
- شکل ۸-۳۰: کشش آوردن مورب ۲۴۷
- شکل ۸-۳۱: کشش کامل بدن در حالت ایستاده ۲۴۸

۲۴۹	شکل ۸-۳۲: چرخش ایستاده ۱
۲۵۰	شکل ۸-۳۳: چرخش ایستاده ۲
۲۵۱	شکل ۸-۳۴: وضعیت دامنه مرکزی
۲۵۲	شکل ۸-۳۵: خم شدن به جلو
۲۵۳	شکل ۸-۳۶: کشش کامل بدن در حالت ایستاده
۲۵۴	شکل ۸-۳۷: حالت توازن
۲۵۵	شکل ۸-۳۸: مثلث اصلاح شده
۲۵۶	شکل ۸-۳۹: مثلث کامل
۲۵۷	شکل ۸-۴۰: حالت توازن دو
۲۵۸	شکل ۸-۴۱: حالت جنگجو
۲۵۹	شکل ۸-۴۲: کشش کامل بدن در حالت ایستاده
۲۶۰	شکل ۸-۴۳: حالت در به این
۲۶۱	شکل ۸-۴۴: کشش کامل بدن در حالت ایستاده
۲۶۲	شکل ۸-۴۵: کشش نشسته
۲۶۲	شکل ۸-۴۶: کشش کشاله ران
۲۶۳	شکل ۸-۴۷: خم شدن به جلو
۲۶۴	شکل ۸-۴۸: پیچ خوردگی نشسته
۲۶۴	شکل ۸-۴۹: حالت جسد