

## واکاوی تجربه زیسته احساس ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۸/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱

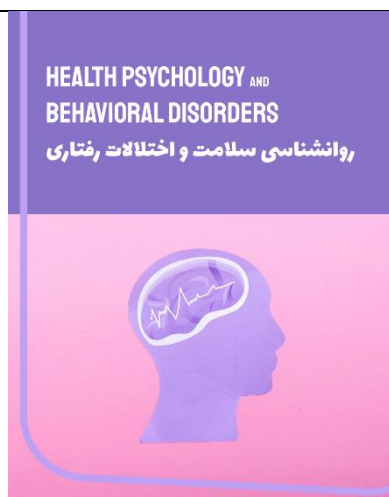
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۵

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

## چکیده

هدف این پژوهش واکاوی تجربه زیسته احساس ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن و شناسایی عوامل و پیامدهای مرتبط با این پدیده بود. این مطالعه با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۵ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن از شهر تهران گردآوری شد. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مضمون و با کمک نرم‌افزار NVivo صورت گرفت. تحلیل مصاحبه‌ها منجر به استخراج سه مضمون اصلی شامل تجربه‌های هیجانی و شناختی ناکامی درمانی، عوامل بین‌فردی و اجتماعی مؤثر بر ناکامی درمانی، و پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری این پدیده شد. شرکت‌کنندگان به احساس ناامیدی، تردید به درمان، شکاف انتظارات و واقعیت، فرسودگی روانی، شرم اجتماعی، نبود حمایت خانواده و تعامل ناکافی با درمانگر اشاره کردند. پیامدهایی مانند کاهش انگیزه، انزوای اجتماعی، تشدید علائم افسردگی و پذیرش منفعلانه وضعیت گزارش شد. تجربه ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن، ساختاری چندلایه دارد که تحت تأثیر عوامل فردی، بین‌فردی و ساختاری است و پیامدهای روان‌شناختی عمیقی به دنبال دارد. توجه به روایت بیماران و رفع موانع اجتماعی و ساختاری می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات درمانی و ارتقای سلامت روان کمک کند.

کلیدواژه‌گان: افسردگی مزمن، ناکامی درمانی، تجربه زیسته، پژوهش کیفی، تحلیل مضمون

علیرضا عبدالمی‌نسب<sup>\*</sup>

۱. گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

\* ایمیل نویسنده مسئول: Abdollahinsb232@gmail.com

شیوه استناددهی: عبدالمی‌نسب، علیرضا. (۱۴۰۲). واکاوی تجربه زیسته احساس ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن. روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری، ۱(۴)، ۲۷-۳۴.

## Exploring the Lived Experience of Therapeutic Failure Among Patients with Chronic Depression: A Phenomenological Inquiry

Submit Date: 2023-10-30

Revise Date: 2023-11-28

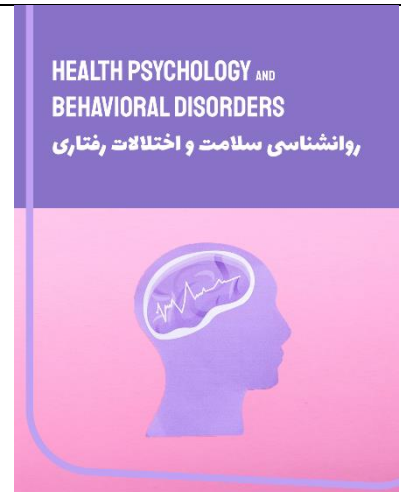
Accept Date: 2023-12-07

Publish Date: 2023-12-20

### Abstract

The aim of this study was to explore the lived experience of therapeutic failure among patients with chronic depression and to identify related factors and consequences. This research employed a qualitative, phenomenological approach. Data were collected through semi-structured interviews with 25 patients diagnosed with chronic depression in Tehran. Purposeful sampling continued until theoretical saturation was reached. Thematic analysis was conducted using NVivo software. Analysis of the interviews led to the identification of three main themes: emotional and cognitive experiences of therapeutic failure, interpersonal and social factors contributing to therapeutic failure, and psychological and behavioral consequences. Participants reported feelings of hopelessness, doubt about treatment efficacy, gaps between expectations and reality, psychological exhaustion, social stigma, lack of family support, and insufficient interaction with therapists. Reported consequences included decreased motivation, social withdrawal, worsening depressive symptoms, and passive acceptance of their condition. The experience of therapeutic failure in patients with chronic depression is a multilayered phenomenon influenced by individual, interpersonal, and structural factors, leading to profound psychological consequences. Addressing patients' narratives and reducing social and structural barriers can improve the quality of mental health services and outcomes.

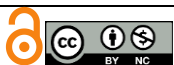
**Keywords:** *Chronic depression, therapeutic failure, lived experience, qualitative research, thematic analysis*

Alireza Abdollahi Nasab<sup>1\*</sup>

1. Department of Curriculum Planning, Kharazmi University, Tehran, Iran

\*Corresponding Author's Email: Abdollahinsb232@gmail.com

**How to cite:** Abdollahi Nasab, A. (2023). Exploring the Lived Experience of Therapeutic Failure Among Patients with Chronic Depression: A Phenomenological Inquiry. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 1(4), 27-34.



© 2023 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

افسردگی مزمن یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی است که نه تنها کیفیت زندگی فرد را به طور چشمگیری کاهش می‌دهد، بلکه بار سنگینی بر نظام سلامت و اجتماع تحمیل می‌کند. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، افسردگی یکی از عوامل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است و شیوع افسردگی مزمن، یعنی افسردگی‌ای که حداقل دو سال یا بیشتر به طول می‌انجامد، به‌طور پیوسته در حال افزایش است (World Health Organization, 2021). ویژگی بارز افسردگی مزمن، دوام علائم و دشواری در پاسخ‌دهی به درمان‌های مرسوم است؛ به‌طوری‌که بسیاری از بیماران پس از دریافت دوره‌های مکرر درمان دارویی و روان‌درمانی همچنان با علائم پابرجا مواجه‌اند و احساس ناکامی از درمان را تجربه می‌کنند (Cuijpers et al., 2020). درک ابعاد و ماهیت تجربه زیسته احساس ناکامی درمانی، نه تنها برای توسعه رویکردهای درمانی موثرتر اهمیت دارد، بلکه می‌تواند به پیشگیری از ترک درمان و مزمن شدن بیشتر اختلال کمک نماید (Berwian et al., 2017). مطالعات نشان داده‌اند که ماندگاری علائم افسردگی و شکست‌های پیاپی در پاسخ به درمان، زمینه‌ساز احساس یأس، ناامیدی و کاهش انگیزه برای ادامه فرایند درمانی در بیماران می‌شود (McPherson et al., 2022). احساس ناکامی در این دسته از بیماران می‌تواند به دلایل متعدد رخ دهد؛ از جمله نبود تطابق انتظارات با واقعیت درمان، تکرار شکست‌های درمانی، تجربه انگ و شرم اجتماعی و حتی برخوردهای ناکافی از سوی درمانگران (Klein et al., 2018). شواهد حاکی از آن است که بیماران مبتلا به افسردگی مزمن، معمولاً مسیر درمانی طولانی و پرفراز و نشیبی را طی می‌کنند و در این مسیر، احساس بی‌پناهی و تنها ماندن، کاهش حمایت اجتماعی و تجربه بی‌اعتمادی نسبت به نظام سلامت را گزارش می‌نمایند (Wiles et al., 2018).

بررسی‌های متعددی در زمینه ناکامی درمانی انجام شده است. برای مثال، پژوهش McPherson و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهد که بیماران با تجربه درمان‌های ناموفق، اغلب احساس بی‌فایده‌گی جلسات، فرسودگی روانی و قطع امید از بهبود را تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای دیگر، Berwian و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که بیماران افسرده مزمن نسبت به گذشته خود احساس پشیمانی و سرزنش، و نسبت به آینده بی‌اعتمادی و نگرانی دارند. احساس ناکامی درمانی، نه تنها به فرایند درمان، بلکه به هویت فردی، روابط اجتماعی و خودکارآمدی بیماران نیز آسیب می‌زند (Cuijpers et al., 2020). در همین راستا، Klein و همکاران (۲۰۱۸) بیان می‌کنند که تداوم علائم و ناکامی مکرر موجب تقویت افکار منفی درباره خود و محیط شده و منجر به کناره‌گیری اجتماعی و انزوای تدریجی می‌گردد.

در سطح روان‌شناختی، ناکامی درمانی می‌تواند پیامدهایی چون کاهش اعتماد به نفس، افزایش افکار خودکشی، احساس بی‌ارزشی و افزایش ریسک ابتلا به اختلالات همراه از جمله اضطراب، اختلال شخصیت و مشکلات جسمانی را به دنبال داشته باشد (Gili et al., 2019). بسیاری از بیماران پس از ناکامی در چندین دوره درمان، دچار نوعی درماندگی آموخته‌شده و پذیرش منفعلانه وضعیت خود می‌شوند (Beck et al., 2016). چنین تجربه‌ای سبب می‌شود انگیزه برای پیگیری درمان جدید یا استفاده از راهبردهای خودمراقبتی به حداقل برسد و احتمال ترک درمان افزایش یابد (Wiles et al., 2018).

از سوی دیگر، نقش عوامل بین‌فردی و اجتماعی در تجربه ناکامی درمانی قابل توجه است. فقدان حمایت خانواده، طرد اجتماعی، تجربه برچسب‌زنی و تعارض با نزدیکان، همگی می‌توانند در تداوم احساس ناکامی نقش داشته باشند (Mojtabai & Olfson, 2020). مطالعات کیفی در این زمینه، نشان می‌دهند که بیماران اغلب نبود همدلی، بی‌توجهی درمانگر و تعامل سطحی را به عنوان دلایل اصلی ناکامی درمان مطرح می‌کنند (McPherson et al., 2022). همچنین، محدودیت‌های نظام سلامت در ارائه خدمات با کیفیت و هزینه‌های بالای درمان، مزید بر علت می‌شود و بیماران را با مانع جدی مواجه می‌سازد (Cuijpers et al., 2020).

با وجود پیشرفت‌های اخیر در طراحی درمان‌های ترکیبی و مداخلات نوین مانند تحریک مغزی یا روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، همچنان گروه قابل توجهی از بیماران با پایداری علائم مواجه‌اند (Berwian et al., 2017; Gili et al., 2019). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درک و شنیدن روایت زیسته بیماران می‌تواند به شناسایی گره‌های درمانی و ارتقاء کیفیت خدمات کمک کند (Wiles et al., 2018). به

همین دلیل، رویکردهای کیفی و پدیدارشناختی در سال‌های اخیر بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته‌اند و پژوهشگران تلاش می‌کنند از خلال روایت‌های بیماران، الگوهای ناکامی و نقاط بحرانی درمان را واکاوی کنند (McPherson et al., 2022). در ایران نیز، شیوع افسردگی مزمن و چالش‌های درمانی مربوط به آن، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های روان‌پزشکان و متخصصان سلامت روان است. مطالعات داخلی نشان داده‌اند که فرهنگ انگ و شرم اجتماعی، دسترسی محدود به خدمات روان‌درمانی و نبود حمایت اجتماعی کافی از جمله عوامل مؤثر در تجربه ناکامی درمانی در بیماران ایرانی است (Keshavarz et al., 2021). از سوی دیگر، بسیاری از بیماران به دلیل نبود اطلاعات کافی درباره گزینه‌های درمانی یا تجربه قبلی شکست، انگیزه‌ای برای ادامه درمان ندارند و در یک چرخه معیوب گرفتار می‌شوند (Javanmard et al., 2020). تحلیل تجربه زیسته این بیماران می‌تواند به سیاست‌گذاران و درمانگران کمک کند تا راهکارهای مؤثرتری برای افزایش ماندگاری بیماران در درمان و ارتقاء کیفیت خدمات ارائه دهند.

در جمع‌بندی، شناخت ژرف و چندلایه تجربه ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن نه تنها موجب ارتقاء دانش علمی حوزه سلامت روان می‌شود، بلکه به توسعه مداخلات هدفمند و مبتنی بر نیاز واقعی بیماران کمک می‌کند. بهره‌گیری از پژوهش‌های کیفی و توجه به روایت بیماران می‌تواند به عنوان حلقه مفقوده نظام سلامت روان، زمینه‌ساز تحول در روند درمان و کاهش بار فردی و اجتماعی افسردگی مزمن گردد (Cuijpers et al., 2020; World Health Organization, 2021). هدف اصلی پژوهش حاضر نیز پرداختن به تجربه زیسته بیماران دچار افسردگی مزمن در مواجهه با ناکامی درمانی و شناسایی ابعاد، زمینه‌ها و پیامدهای آن از دیدگاه خود بیماران است تا بستری برای مداخلات کارآمدتر و انسانی‌تر در عرصه سلامت روان فراهم شود.

## روش‌شناسی

این مطالعه از نوع پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناختی است که با هدف واکاوی تجربه زیسته احساس ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن انجام شده است. جامعه مورد مطالعه شامل بیماران مبتلا به افسردگی مزمن بود که سابقه دریافت مداخلات روان‌درمانی یا دارودرمانی را داشته اما همچنان احساس ناکامی یا بی‌تأثیری درمان را گزارش می‌کردند. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند و با معیار حداکثر تنوع از مراکز روان‌درمانی، کلینیک‌های روانپزشکی و گروه‌های حمایتی در شهر تهران انتخاب شدند. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و در مجموع ۲۵ نفر در این مطالعه شرکت کردند.

برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. راهنمای مصاحبه شامل سؤالاتی باز و انعطاف‌پذیر بود که به شرکت‌کنندگان اجازه می‌دادند آزادانه تجربه‌های خود را از ناکامی درمانی بیان کنند. مصاحبه‌ها به صورت حضوری و در فضایی امن و بدون مزاحمت انجام شدند و هر جلسه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه به طول انجامید. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان ضبط صوتی شدند و سپس به صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند.

تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون و با استفاده از نرم‌افزار NVivo صورت گرفت. ابتدا کدگذاری اولیه به صورت باز انجام شد و سپس مفاهیم مشابه در قالب زیرمقولات طبقه‌بندی شدند. در مرحله بعد، مقولات اصلی با تلفیق و تعمیم مضامین استخراج شده شکل گرفتند. در نهایت، مقوله‌های نهایی بر مبنای اشتراکات معنایی، به صورت نظام‌مند سازمان‌دهی شدند. برای افزایش اعتبار داده‌ها از راهبردهایی همچون بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، بازبینی توسط همکار پژوهشی، و ثبت دقیق مسیر تحلیل استفاده شد.

## یافته‌ها

۱. تجربه‌های هیجانی و شناختی ناکامی درمانی

در نخستین مضمون، شرکت‌کنندگان احساس ناامیدی مزمن را به عنوان یکی از اصلی‌ترین تجربه‌های خود پس از درمان‌های ناکام مطرح کردند. آن‌ها از حس بی‌اعتمادی نسبت به هر نوع درمان، خستگی روحی، خودسرزنی و یأس از آینده سخن گفتند. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت: «هر بار فکر می‌کنم شاید این درمان متفاوت باشد اما باز هم هیچ تغییری نمی‌بینم و دلسردتر می‌شوم.»

در زیرمضمون تردید نسبت به کارآمدی درمان‌ها، بسیاری از افراد تجربه شکست مکرر و بی‌نتیجه بودن جلسات را بیان کردند و به مقایسه با دیگران یا طرح سؤال درباره اعتبار درمان‌ها پرداختند. یکی از بیماران گفت: «انگار درمان فقط برای بقیه جواب می‌دهد، من فقط هزینه و وقت از دست داده‌ام.»

شکاف انتظارات و واقعیت از دیگر محورهای مهم بود. بیماران از انتظارات بالا و وعده‌های درمانگران و تفاوت آن با واقعیت گلایه داشتند: «همیشه وعده بهبودی می‌دهند اما در عمل هیچ اتفاقی نمی‌افتد، حس می‌کنم فریب خورده‌ام.»

در ادامه، فرسودگی روانی ناشی از تکرار درمان‌های مختلف نیز مطرح شد. برخی از شرکت‌کنندگان بیان کردند که از تکرار مصاحبه‌ها و درمان‌های مشابه خسته شده‌اند و دیگر انگیزه‌ای برای شروع روند جدید ندارند: «این همه سال هر درمانی را امتحان کرده‌ام و دیگر حتی انگیزه حرف زدن هم ندارم.»

شرم و انگ اجتماعی نیز نقش مهمی در تجربه ناکامی داشت. بیماران از نگرانی بابت قضاوت اطرافیان و ترس از برچسب خوردن صحبت کردند: «نمی‌خواهم کسی بداند که هنوز افسرده‌ام؛ همه فکر می‌کنند ضعف دارم.»

در نهایت، احساس تنهایی در مسیر درمان و خشم و سرخوردگی نسبت به نظام سلامت از سوی بسیاری از بیماران مطرح شد. یکی از بیماران تصریح کرد: «احساس می‌کنم هیچ‌کس واقعاً نمی‌خواهد کمک کند، همه فقط شعار می‌دهند و حتی درمانگران فقط به فکر پول هستند.»

## ۲. عوامل بین‌فردی و اجتماعی مرتبط با ناکامی درمانی

در زمینه تعامل ناکافی با درمانگر، برخی شرکت‌کنندگان از عدم همدلی، گوش ندادن فعال و ارتباط سطحی درمانگران گلهمند بودند: «درمانگر فقط حرف خودش را می‌زند و انگار اصلاً نمی‌شنود من چه می‌گویم.»

حمایت اجتماعی ناکافی نیز بارها به عنوان مانعی جدی برای تجربه بهبودی مطرح شد؛ شرکت‌کنندگان از بی‌توجهی خانواده، نبود همراهی دوستان و فقدان گروه حمایتی سخن گفتند: «خانواده‌ام فکر می‌کنند افسردگی بهانه است و هیچ‌کس کنارم نیست.»

تجربه برچسب‌زنی اجتماعی و دوری‌گزینی از سوی اطرافیان نیز باعث تشدید احساس ناکامی شده است. یکی از بیماران چنین بیان کرد: «تا می‌فهمند به روان‌پزشک مراجعه می‌کنم، رفتارشان تغییر می‌کند و دیگر من را جدی نمی‌گیرند.»

در برخی موارد، تعارض با خانواده و فقدان حمایت عاطفی یا تحمیل باورهای غلط به بیماران نیز گزارش شد. شرکت‌کننده‌ای گفت: «خانواده‌ام فکر می‌کنند باید قوی باشم و سرزنش می‌کنند که چرا درمان جواب نمی‌دهد.»

در نهایت، نبود منابع حمایتی درمانی از جمله مشکلات مالی، سختی دسترسی به درمان مناسب و اطلاع‌رسانی ضعیف موجب افزایش احساس ناکامی شد. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار کرد: «هر بار که دنبال نوبت درمان می‌روم یا پولش را ندارم یا باید ماه‌ها صبر کنم.»

## ۳. پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری ناکامی درمانی

کاهش انگیزه برای ادامه درمان یکی از پیامدهای رایج تجربه ناکامی بود؛ بیماران از تمایل به ترک درمان، سردرگمی و بی‌میلی به راهکارهای جدید صحبت کردند: «اصلاً دیگر دلم نمی‌خواهد به هیچ درمانی ادامه دهم، انگار هیچ فایده‌ای ندارد.»

کناره‌گیری اجتماعی و انزوا نیز در بین اکثر شرکت‌کنندگان دیده شد؛ برخی بیان کردند که تعاملات اجتماعی خود را به حداقل رسانده و از رابطه‌های جدید اجتناب می‌کنند: «دوست دارم تنها باشم چون حس می‌کنم کسی من را نمی‌فهمد.»

شدت یافتن علائم افسردگی از جمله عود خلق پایین، افزایش افکار منفی و حتی افزایش افکار خودکشی، به عنوان نتایج مستقیم تجربه ناکامی در درمان مطرح شد. به گفته یک بیمار: «حتی افسردگی‌ام بیشتر شده و دیگر امید می‌دارم.»

کاهش اعتماد به نفس و حس بی‌ارزشی نیز بین شرکت‌کنندگان مشهود بود؛ بسیاری از بیماران خود را مقصر ناکامی‌ها می‌دانستند و دچار فقدان حس کنترل شده بودند: «فکر می‌کنم من مشکل دارم که هیچ درمانی جواب نمی‌دهد.» در برخی موارد، تجربه افکار خودکشی و ناامیدی مطلق نیز وجود داشت؛ شرکت‌کننده‌ای اظهار داشت: «گاهی فقط به این فکر می‌کنم که همه چیز را تمام کنم، چون هیچ آینده‌ای نمی‌بینم.»

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش کیفی به‌وضوح نشان داد که تجربه زیسته احساس ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن، ساختاری چندلایه و پیچیده دارد که در سه محور اصلی: تجربه‌های هیجانی و شناختی، عوامل بین‌فردی و اجتماعی و پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری بازتاب یافته است. بیماران در مصاحبه‌های خود بارها به احساس ناامیدی، یأس از بهبود، تردید نسبت به کارآمدی درمان‌ها، شکاف میان انتظارات و واقعیت درمان، شرم و انگ اجتماعی و در نهایت خشم و سرخوردگی نسبت به نظام درمانی اشاره کردند. این احساسات نه تنها بر روند درمانی تأثیر می‌گذارد بلکه منجر به کاهش انگیزه، افزایش فرسودگی روانی و تشدید علائم افسردگی می‌شود. بسیاری از شرکت‌کنندگان از تعامل ناکافی و سطحی با درمانگران، بی‌توجهی خانواده و نبود حمایت اجتماعی به عنوان عوامل مهم تداوم ناکامی درمانی یاد کردند. همچنین، پیامدهایی چون کاهش اعتماد به نفس، افزایش افکار منفی و ناامیدی، کناره‌گیری اجتماعی و پذیرش منفعلانه وضعیت در اکثر مصاحبه‌ها بارها تکرار شد.

نتایج این پژوهش با شواهد پیشین کاملاً همسو است. در مطالعه McPherson و همکاران (۲۰۲۲)، بیماران افسرده مزمن که تجربه چندین شکست درمانی داشتند، احساس بی‌فایده‌گی، بی‌انگیزگی و یأس از بهبود را اصلی‌ترین احساسات خود معرفی کردند. یافته‌های کیفی مطالعه حاضر نیز گویای همین مضمون است و نشان می‌دهد که فرسودگی روانی ناشی از تکرار درمان‌های بی‌نتیجه و نبود تحول ملموس، ریشه در ناکامی‌های مکرر دارد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تردید نسبت به کارآمدی درمان‌ها و تفاوت بین وعده و واقعیت درمان، عاملی مهم در شکل‌گیری احساس ناکامی است که این موضوع در پژوهش Klein و همکاران (۲۰۱۸) نیز با تأکید بر نقش انتظارات غیرواقع‌بینانه بیماران و کمبود ارتباط شفاف بین درمانگر و بیمار مورد تأیید قرار گرفته است.

یکی دیگر از یافته‌های مهم، نقش مؤلفه‌های اجتماعی و بین‌فردی در تداوم احساس ناکامی درمانی است. همان‌گونه که در نتایج مطالعه حاضر آمده، نبود حمایت خانواده، تجربه برچسب‌زنی، تعارض با نزدیکان و فقدان منابع حمایتی، به‌شدت بر تداوم افسردگی و ناکامی درمانی اثرگذار است. این نتایج با مطالعه Mojtabai و Olfson (۲۰۲۰) هم‌راستا است که تأکید می‌کند حمایت ناکافی اجتماعی و وجود انگ اجتماعی، مانع از پیگیری درمان و افزایش احتمال ترک درمان در بیماران افسرده می‌شود. همچنین، در پژوهش Keshavarz و همکاران (۲۰۲۱) که بر موانع دسترسی به خدمات سلامت روان در ایران تمرکز داشته، فرهنگ شرم و انگ اجتماعی، نبود آگاهی و مشکلات مالی به عنوان مهم‌ترین موانع پیگیری درمان مؤثر معرفی شده‌اند.

تحلیل روایت بیماران نشان داد که کناره‌گیری اجتماعی، انزوای تدریجی و کاهش تعاملات بین‌فردی، پیامدهای مستقیم ناکامی درمانی است. این یافته با نتایج پژوهش Gili و همکاران (۲۰۱۹) مطابقت دارد که بر افزایش رفتارهای انزوایی و افکار منفی در بیماران درمان‌ناپذیر تأکید کرده است. در مطالعه Wiles و همکاران (۲۰۱۸) نیز گزارش شده که ناکامی در روند درمان موجب می‌شود بیماران انگیزه ادامه درمان را از دست داده و دچار نوعی درماندگی آموخته‌شده شوند؛ وضعیتی که در مصاحبه‌های حاضر نیز به شکل پذیرش منفعلانه و تسلیم شدن در برابر افسردگی منعکس شد.

نکته قابل توجه دیگر، نقش تعامل درمانگر-بیمار در شکل‌گیری یا کاهش احساس ناکامی است. بسیاری از شرکت‌کنندگان، عدم همدلی، گوش ندادن فعال و سطحی بودن ارتباط با درمانگر را از دلایل ناکامی عنوان کردند. این یافته با نتایج پژوهش‌های McPherson و همکاران (۲۰۲۲)

و Cuijpers و همکاران (۲۰۲۰) هم‌راستا است که نشان داده‌اند رابطه درمانی قوی، شنیدن روایت بیمار و همراهی صمیمانه درمانگر، نه تنها احتمال موفقیت درمان را افزایش می‌دهد، بلکه باعث کاهش احساس ناامیدی و ترک درمان می‌شود.

از منظر پیامدها، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ناکامی درمانی می‌تواند به کاهش اعتماد به نفس، افزایش افکار منفی و حتی بروز افکار خودکشی بیانجامد. این نتایج با مطالعات Beck و همکاران (۲۰۱۶) و Gili و همکاران (۲۰۱۹) که بر تأثیر منفی شکست‌های درمانی بر هویت فردی، خودکارآمدی و سلامت روان بیماران افسرده تأکید داشته‌اند، هم‌راستا است. بیماران پس از تجربه‌های مکرر ناکامی، دچار نوعی پذیرش منفعلانه وضعیت خود می‌شوند و انگیزه برای آزمودن راهکارهای جدید یا ادامه درمان را از دست می‌دهند.

یافته‌های حاضر همچنین به نقش نظام سلامت و دسترسی به خدمات مناسب اشاره دارد. هزینه‌های بالا، نبود تسهیلات کافی، مشکلات در نوبت‌گیری و اطلاع‌رسانی ناکافی، همه عواملی بودند که از سوی بیماران گزارش شد و به عنوان موانع ساختاری در مسیر درمان مؤثر عمل می‌کنند. این موضوع نیز در پژوهش Wiles و همکاران (۲۰۱۸) و Cuijpers و همکاران (۲۰۲۰) گزارش شده است که تأکید دارند دسترسی دشوار به خدمات و هزینه‌های سنگین درمان، ترک درمان و تداوم علائم افسردگی را افزایش می‌دهد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر با بدنه مطالعات بین‌المللی و داخلی همخوانی دارد و نشان می‌دهد که تجربه زیسته ناکامی درمانی در بیماران دچار افسردگی مزمن، از تعامل پیچیده عوامل فردی، اجتماعی و ساختاری نشأت می‌گیرد و پیامدهای گسترده‌ای در سطح فردی و جمعی به دنبال دارد. درک این تجارب و شناخت عمیق‌تر موانع و چالش‌های بیماران می‌تواند بستر مناسبی برای بازنگری در سیاست‌ها، رویکردهای درمانی و آموزش درمانگران فراهم سازد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازين اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازين و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## فهرست منابع

## References

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2016). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Berwian, I. M., Walter, H., Seifritz, E., & Huys, Q. J. M. (2017). Predicting treatment response in depression: The role of neuroimaging and machine learning. *World Journal of Biological Psychiatry*, 18(7), 422-435. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1321343>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A. (2020). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 142-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.036>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., ... & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Javanmard, G. H., Aghaei, A., Shokri, O., & Hashemi, T. (2020). Predictors of treatment drop-out among Iranian depressed patients: The role of socio-demographic, clinical and psychological factors. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(3), 190-198.
- Keshavarz, Z., Simbar, M., & Ramezani Tehrani, F. (2021). Barriers to mental health care utilization among Iranian women: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01253-7>
- Klein, D. N., Santiago, N. J., Kasch, K. L., & Thorndike, F. P. (2018). Persistent depression and treatment resistance. In S. Nolen-Hoeksema (Ed.), *Handbook of Depression* (pp. 65-82). Guilford Press.
- McPherson, S., Wetherell, J. L., & Afuwape, S. A. (2022). Patient perspectives on treatment-resistant depression: A qualitative systematic review. *BMC Psychiatry*, 22, 384. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04012-y>
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2020). National trends in long-term use of antidepressant medications: Results from the US National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(2), 20m13368. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13368>
- Wiles, N. J., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Garfield, K., ... & Lewis, G. (2018). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: Follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 137-144. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00495-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00495-2)
- World Health Organization. (2021). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO.