

اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور بر علائم افسردگی نوجوانان

The effectiveness of family-based interpersonal psychotherapy (FB-IPT) on depression symptoms in adolescents

Zabihollah Abbaspour
Shahid Chamran University of Ahvaz
Feizallah Poursardar
Family Counseling
Amin Koraei
Islamic Azad University, Ahvaz Branch
Maryam Khosravani Shayan
Family Counseling

ذبیح‌اله عباس‌پور*
دانشگاه شهید چمران اهواز
فیض‌اله پورسردار
مشاوره خانواده
امین کرایبی
دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز
مریم خسروانی شایان
مشاوره خانواده

چکیده: افسردگی، اختلال روانی شایعی است که نوجوانان را درگیر می‌کند و با سطوح بالای استرس، اضطراب و در بدترین حالت با خودکشی رابطه دارد؛ اما همیشه این سوال مطرح است که موثرترین درمان برای افسردگی، چیست؟ پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور بر علائم افسردگی نوجوانان انجام شد. بر این اساس سه پسر نوجوان افسرده از شهر تهران در این پژوهش شرکت کردند. در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. چهارده جلسه روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور (FB-IPT)، طی ۷ هفته متوالی و دو روز در هفته برای هر سه نوجوان برگزار شد. ارزیابی در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد و شرکت‌کنندگان در مرحله خط پایه سه بار، در مرحله مداخله پنج بار و در مرحله پیگیری دو بار به پرسشنامه خلق و احساس (MFQ) پاسخ دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور در کاهش علائم افسردگی اثر معنادار دارد. طبق یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ترکیب درمان فردی با سیستم خانواده، به خصوص والدین، در درمان افسردگی نوجوانان اثربخش است و بر این اساس استفاده از این روش به متخصصان این حوزه درمانی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی بین‌فردی، خانواده، افسردگی، نوجوان

Abstract: Depression is a common mental disorder affecting adolescents and associated with high levels of stress, anxiety, and in the worst possible scenarios, suicide. This question always is asked, which treatment in more effective? The aim of present study was the effectiveness of family-based interpersonal psychotherapy (FB-IPT) on depression symptoms in adolescents. Three depressive adolescents male were selected in Tehran. Multiple baseline experimental single case was used as the method of the present study. 14 sessions of family-based interpersonal psychotherapy (FB-IPT) was administrated in 2 days per week and 7 consecutive weeks. This treatment was carried out in three phase of baseline, intervention and follow-up and participants complete Mood Affect Questionnaire (MFQ) in phase of baseline 3 times, intervention 5 times and follow-up 2 times. Data analyzed with visuals inspection, reliable change index (RCI) strategies and improvement percentage. Results showed that family-based interpersonal psychotherapy (FB-IPT) had significant effect in reduction of depression signs. According to the findings of the present study, it can be concluded that integrating individual treatment with family system, especially parents, can have more effective outcomes in adolescents; therefore applying this method is recommended by the professionals of this field.

Keywords: interpersonal psychotherapy, family, depression, adolescent

* نشانی پستی نویسنده: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه مشاوره. پست الکترونیکی: z.abbaspour@scu.ac.ir

مقدمه

دوره نوجوانی^۱ با نشانه‌هایی چون کاهش اتکا به والدین، افزایش تعامل با همسالان و معلمان، تمایل زیاد به ابراز خود و افزایش استقلال رفتاری و خودپروی^۲ روانشناختی مشخص می‌شود. در این دوره انتقالی، نوجوانان به دلیل تغییرات سریع فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی به طور زیادی مستعد اضطراب و افسردگی هستند (هین، کوکا و هاگر، ۲۰۱۵). افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی^۳ هستند که تأثیرات متعددی بر ابعاد مختلف زندگی دارند (مارتینسن، کندال، استارک و نیومر، ۲۰۱۶). به خصوص افسردگی از اختلالات بسیار شایع، ناتوان ساز و عود کننده است (ویرسینگ، شمس‌الدین، گاربر، هولون، کلارک و همکاران، ۲۰۱۶). شیوع اختلالات اضطرابی و افسردگی در دوره نوجوانی ۳ درصد است که تا ۱۸ سالگی درصد تجمعی اختلالات اضطرابی به ۱۰ درصد و افسردگی به ۲۵ درصد می‌رسد (مریکانگاز، هی، برادی، فیشر، بوردون^۴ و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از پنانت، لوکاس، وایتینگتون، کرسول، فوناگی و همکاران، ۲۰۱۵). پیش‌بینی شده است که بین ۱۴ تا ۲۵ درصد نوجوانان حداقل یک دوره افسردگی را قبل از ورود به دوره بزرگسالی تجربه می‌کنند و آمار آن در ایران نیز ۵ درصد گزارش شده است (چرخنده، ابوطالبی و جان هانت، ۲۰۱۶). بعضی از اختلالات نه تنها در نوجوانان شایع هستند، بلکه کیفیت زندگی^۵ آنها و خانواده‌هایشان را نیز کاهش می‌دهند. اگر اختلالاتی مثل افسردگی تشخیص داده نشوند و مورد درمان قرار نگیرند، می‌توانند تأثیرات حاد و مزمنی در بزرگسالی ایجاد کنند. افسردگی می‌تواند عامل پیشرونده‌ای برای سایر اختلالات دیگر مانند سوءمصرف مواد^۶ و اعتماد به خود^۷ پایین (لی، مونز، اپین

و استودارد^۸، ۲۰۰۳) و اختلالات مرتبط با خطر خودکشی^۹ (اونیل و کندال^{۱۰}، ۲۰۱۲) باشد (به نقل از مارتینسن و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افسردگی با بسیاری از مشکلات همبود^{۱۱} شامل مشکلات اجتماعی (پین، کوهن، گارلی، بروک و ما^{۱۲}، ۱۹۹۸)، حاملگی در نوجوانی (هال، کوسونوکی، گانتی و باربر^{۱۳}، ۲۰۱۵)، وقایع منفی زندگی و سوءمصرف مواد (باگر، اورباخ، پچتل، بوش، گرینفیلد^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلالات یادگیری^{۱۵} و اختلالات خوردن^{۱۶} (منگ و دارسی^{۱۷}، ۲۰۱۵)، دیابت^{۱۸} (یو، ژانگ، لو و فانگ^{۱۹}، ۲۰۱۵) و اسکیزوفرنی^{۲۰} (سامسون و وانگ^{۲۱}، ۲۰۱۵) رابطه دارد (به نقل از چرخنده و همکاران، ۲۰۱۶).

شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از کودکان و نوجوانانی که دچار اختلالات اضطرابی و افسردگی هستند، درمان‌های معتبر و متناسب را دریافت نمی‌کنند (مریکانگاز، هی، برستاین، سوانسون، آونولی و همکاران، ۲۰۱۰). رهنمودهای درمانی توصیه می‌کنند که در کار با نوجوانانی که دچار اختلالات اضطرابی و افسردگی هستند، ارجح‌ترین درمان‌ها، مداخلات روانشناختی هستند (کانلی و برنشتاین، ۲۰۰۷). دو نوع شیوه درمان فردی برای نوجوانان افسرده که بیشترین شواهد پژوهشی تأیید شده را به خود اختصاص داده‌اند عبارتند از روان‌درمانی بین فردی^{۲۲} و درمان شناختی رفتاری^{۲۳} (CBT)؛

8. Le, H. N., Muñoz, R. F., Ippen, C. G., & Stoddard, J. L.

9. suicide

10. O'Neil, K. A., & Kendall, P. C.

11. comorbid problems

12. Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y.

13. Hall, K. S., Kusunoki, Y., Gatny, H., & Barber, J.

14. Boger, K. D., Auerbach, R. P., Pechtel, P., Busch, A. B., Greenfield, S. F., et al

15. learning disorders

16. eating disorder

17. Meng, X., & D'Arcy, C.

18. diabete

19. Yu, M., Zhang, X., Lu, F., & Fang, L.

20. schizophrenia

21. Samsom, J. N., & Wong, A. H.

22. interpersonal psychotherapy (IPT-A)

23. cognitive behavioral therapy (CBT)

1. adolescent

2. autonomy

3. psychological disorders

4. Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P.W., Bourdon, K., et al.

5. quality of life

6. substance abuse

7. self confidence

کارجلاینن، رانتا، لیندگرن و ترما، ۲۰۱۶). تقریباً یک سوم نوجوانان به وسیله افراد بزرگسال دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند (کاپلند، شاناهام، کاستلو و آنگولد^۴، ۲۰۱۱؛ به نقل از پنانت و همکاران، ۲۰۱۵). گاهی اوقات احتمال بروز افسردگی در نوجوانانی که والدین آنها افسرده هستند، ۲ تا ۴ برابر بیشتر از نوجوانانی است که والدین آنها افسرده نیستند و در بعضی مواقع افسردگی نوجوان می‌تواند باعث افسردگی والدین شود (ولف و همکاران، ۲۰۱۶). از طرف دیگر خانواده نقش مهمی در حمایت از نوجوانان دارد (گرانو و همکاران، ۲۰۱۶) و بنابراین حمایت اعضای خانواده از کسانی که مسوولیت درمان روانشناختی نوجوانان را به عهده دارند، بسیار مهم است. اعضای خانواده باید بدانند که چگونه از نوجوان حمایت کنند و چگونه در موقعیت‌های دشوار واکنش نشان دهند (ویلسون و دین^۵، ۲۰۱۰؛ به نقل از گرانو و همکاران، ۲۰۱۶)، اما خانواده نیز باید فرصتی داشته باشند تا نگرانی‌های خود را در مورد خانواده یا نوجوانشان ابراز کنند (گرانو و همکاران، ۲۰۱۶). دیتز و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود اثربخشی روان‌درمانی بین فردی خانواده‌محور^۶ (FB-IPT) را بر افسردگی نوجوانان مورد تایید قرار دادند.

جوهره اصلی رویکردهای خانواده‌محور، دخیل کردن خانواده در تصمیم‌گیری، همکاری و ارتباط دوجانبه خانواده و درمانگر، احترام متقابل، پذیرش انتخاب خانواده‌ها، حمایت از خانواده‌ها، سهیم کردن خانواده‌ها در اطلاعات، اختصاصی و منعطف بودن بودن سرویس ارایه شده و تلاش در جهت توانمند کردن خانواده‌ها است (دونست^۷، ۲۰۰۲؛ به نقل از دالوند، رصافیانی و باقری، ۱۳۹۳). درمان خانواده‌محور بدون سرزنش والدین یا بیمار و برجسب زدن به آنها به عنوان سیستم خانواده ناکارآمد، با خانواده وارد گفتگو می‌شود (کاتزمن، پیبلز، ساویر، لوک و گرانگ، ۲۰۱۳). هر چند پژوهش‌های زیادی وجود دارد که اثرات مثبت برنامه‌های درمانی خانواده‌محور را نشان داده‌اند، اما در مورد دلایل اثربخشی این برنامه‌ها اطلاعات

ولف، جانداک، میشل، بکر و اسپریتوال، ۲۰۱۶). درمان شناختی رفتاری که درمان توصیه شده برای اختلالات اضطرابی و افسردگی برای کودکان و نوجوانان است، با موانعی هم‌چون فقدان آموزش، فقدان زیربنا و مساله هزینه‌های درمان مواجه است (گانتر و وایتال، ۲۰۱۰). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند CBT که بر بازسازی شناختی تاکید دارد، می‌تواند برای نوجوانانی که تازه به این دوره رسیده‌اند، مشکلاتی ایجاد کند (دیتز، مافسون، ایروین و برنت، ۲۰۰۸). روان‌درمانی بین فردی نیز بر رابطه بین نشانگان افسرده‌ساز و کارکردهای بین فردی تمرکز دارد. این روش درمان غالباً برای نوجوانان افسرده‌ای به کار گرفته می‌شود که اهداف درمانی آنها، معطوف به جنبه‌های تحولی، مثل افزایش استقلال است. روان‌درمانی بین‌فردی نوجوانان افسرده^۱ نوعی درمان روانی-اجتماعی^۲ مؤثر و با محدوده زمانی برای افسردگی نوجوانان است که بر روابط بین عوامل استرس‌زای بین‌فردی و علایم افسرده‌ساز متمرکز است و هدف آن کاهش علایم افسرده‌ساز از طریق بهبود عملکرد بین‌فردی نوجوانان است (موفسون، ویزمن، موریو، گارفینگل، ۱۹۹۹). مرادی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان بین فردی بر افسردگی نوجوانان اثربخش بوده است.

احتمالاً یکی از محدودیت‌های مدل‌های درمانی موجود، از جمله درمان شناختی- رفتاری در درمان کودکان و نوجوانان افسرده، عدم مشارکت والدین است. از آنجا که آنها در بافت خانواده جای گرفته‌اند، دخالت والدین در درمان افسردگی نوجوانان یک موضوع تحولی اساسی است (استارک، بانیر، وانگ و آرورا، ۲۰۱۲). جو عاطفی خانواده، نگرش‌ها، رفتارها و راهبردهای مقابله‌ای والدین با پیامدهای کارکردی و نشانگان کودک و نوجوان در معرض خطر رابطه دارد (پورسینا، طهماسیان و صادقی، ۱۳۹۳؛ لواف، شکری و قنبری، ۱۳۹۳). حتی جو عاطفی مثبت خانواده می‌تواند پیش‌بینی کننده بهبودی در نشانگان و عملکرد اجتماعی نوجوانان در معرض خطر برای نوجوانان مستعد اختلالات سایکوتیک^۳ باشد (گرانو،

4. Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A.

5. Wilson, C., & Deane, F. P.

6. Family-Based Interpersonal Psychotherapy (FB-IPT)

7. Dunst, C. J.

1. interpersonal psychotherapy for depressed adolescents

2. psychosocial treatment

3. psychosis

در معناداری بالینی عبارتند از رویکرد شاخص تغییر پایا^۷ و رویکرد مقایسه هنجارین^۸. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری^۹ یا تحلیل نمودار گرافیکی^{۱۰} و بهبود تشخیصی^{۱۱} استفاده به عمل آمده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه نوجوانان پسر ۱۲ تا ۱۸ سال شهر تهران بودند که از بین این افراد، ۳ نفر از طریق فراخوان و بر اساس ملاک‌های ورود به صورت نمونه‌گیری هدفمند^{۱۲} انتخاب شدند و تحت درمان قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: (۱) زندگی کردن حداقل با یکی از والدین، (۲) تشخیص افسردگی براساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^{۱۳} (DSM-IV) و پرسشنامه خلق و احساس^{۱۴} (MAQ)، (۳) عدم مصرف مواد مخدر یا مشروب، (۴) افسرده نبودن والد(ین)، (۵) عدم مصرف داروهای روانپزشکی. دامنه سنی این سه نوجوان بین ۱۶ تا ۱۷ بود، هر سه در حال تحصیل بودند و فقط نوجوان شماره ۲ سابقه مصرف داروهای روانپزشکی داشت و با مادر مطلقه خود زندگی می‌کرد.

روان‌درمانی بین فردی خانواده محور اقتباسی از روان‌درمانی بین فردی نوجوان است که در آن، والدین در جلسات هفتگی به طور فعال حضور دارند. این درمان به‌طور مستقیم دو حیطة مهمی که می‌تواند در افسردگی نوجوانان سهیم باشد یعنی تعارض والد-فرزندی و اختلال بین فردی را، مورد هدف قرار می‌دهد (دیتز و همکاران، ۲۰۱۵). روان‌درمانی بین فردی خانواده‌محور شامل نوجوان و یک والد در ۱۴ جلسه درمانی است؛ در برخی مواقع هر دو والد در جلسه درمانی حضور داشتند. درمان به سه مرحله آغازین، میانی و پایانی تقسیم شد. محتوای جلسات روان‌درمانی بین فردی خانواده‌محور در جدول ۱ ارایه شده است. برای تعیین خط پایه،

زیادی در دست نیست (وان‌رایزان، روزث، فوسکو، لی و چن، ۲۰۱۶). بر اساس تناقضاتی که در مورد اثرات درمان‌های فردی وجود دارد و همچنین با هدف بررسی نقش حضور والدین در درمان افسردگی نوجوانان، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر روان‌درمانی بین فردی خانواده محور بر افسردگی نوجوانان انجام شد. بر این اساس، فرضیه پژوهشی به این شکل مطرح شد: روان‌درمانی بین فردی خانواده محور در افسردگی نوجوانان اثربخش است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی^۱ که آزمایش تک‌آزمودنی^۲ هم گفته می‌شود (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۶/۱۹۹۵) و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. این طرح انواع مختلفی دارد؛ AB، ABAB، خط پایه چندگانه^۳ و طرح‌های تغییر ملاک^۴ (ریزوی و ناک، ۲۰۰۸)، که در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه استفاده شد. مزیت استفاده از این طرح در این است که تغییرات فقط زمانی رخ می‌دهد که مداخله درمانی معطوف به رفتار یا افراد باشد. این طرح پژوهشی به ما امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم را در طول درمان در آزمودنی‌ها و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می‌کند. منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی تک موردی همانند طرح‌های گروهی است و تاثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارایه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود (اندرسون و کیم^۵، ۲۰۰۳؛ به نقل از ایمانی، ۱۳۹۱). در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از معناداری بالینی^۶ استفاده شد. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌گردد. دو رویکرد عمده و پر کاربرد

7. reliable change index

8. normative comparisons

9. visual inspection

10. graphic analysis

11. diagnostic improvement

12. purposive sampling

13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)

14. Mood Affect Questionnaire (MAQ)

1. single-case experimental design (SCED)

2. single subject experiment

3. multiple baseline

4. changing criterion designs

5. Anderson, C. M., & Kim, C.

6. clinical significance

هر نوجوان پرسشنامه خلق و احساس را سه بار و به فاصله زمانی سه روز تکمیل کرد. سپس درمان به مدت ۱۴ جلسه هفتگی اجرا شد. پس از ورود به درمان پرسشنامه در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۲ و ۱۴ تکمیل شد. به منظور پیگیری نیز هر نوجوان یک ماه پس از پایان جلسه آخر درمان، دو بار پرسشنامه را تکمیل کرد.

جدول ۱

محتوای جلسات روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور

جلسه	محتوا
جلسه اول تا پنج (مرحله آغازین)	در مرحله آغازین درمانگر به‌طور فردی با نوجوان ملاقات کرد (۲۵ دقیقه) و سپس با والد ملاقات داشت (۲۵ دقیقه). در جلسات ملاقات با نوجوان، درمانگر علایم افسردگی را شناسایی و تغییرات در علایم افسرده‌ساز نوجوان را با توجه به تجارب منفی در خانواده و روابط همسالان مشخص کرد و در مورد روابط بین فردی و صمیمیت نوجوان، ارزیابی صورت گرفت. در جلساتی که با والد برگزار شد، درمانگر مسایل استرس‌زای خانوادگی و نگرانی‌های والد را بررسی کرد. جلسات ملاقات با والد بر آموزش روانی در مورد افسردگی، شیوه‌های کمک به نوجوان در حفظ انتظارات معقول و معمولی برای عملکرد خود و راهبردهای والدگری برای پاسخگویی به نوجوان افسرده متمرکز بود. در جلسات مشترک نوجوان و والد، در مورد ایجاد یک قرارداد کاری و تعیین اهداف مورد توافق هر دو تمرکز شد.
جلسه شش تا ده (مرحله میانی)	در مرحله میانی، درمانگر به‌طور انفرادی با نوجوان (۲۵ دقیقه) ملاقات داشت و سپس با والد- فرزند به‌صورت دوتایی ملاقات می‌کرد (۲۵ دقیقه). در جلسات ملاقات با نوجوان، درمانگر مشکلات بین فردی اخیر نوجوان را بررسی کرد و تجربه‌های دردناکی را که مرتبط با فقدان یا انتقال به دوره جوانی بودند و با نشانه‌های افسردگی رابطه داشتند، کاوش کرد و سپس مهارت‌های ارتباطی را به صورت ایفای نقش به نوجوان آموزش داده شد. همچنین به نوجوان آموزش داده شد که با به‌کارگیری سبک‌های ارتباطی و دیدگاه‌فهمی اجتماعی ^۱ موثرتر (تحلیل ارتباطی ^۲)، مشکلات و استرس‌های بین فردی را بهبود بخشند. در طول جلسات دوتایی، درمانگر فرایندی را تسهیل کرد که نوجوان و والدین مهارت‌های ارتباطی را نقش بازی کنند و حل مساله را به کار گیرند. به این منظور به والد و نوجوان کمک شد در مورد راه‌حل‌ها گفتگو کنند. همچنین جلسات دوتایی بر افزایش تجارب مثبت با همسالان متمرکز شد.
جلسه یازده تا چهارده (مرحله پایانی)	در مرحله پایانی درمانگر به‌طور فردی با نوجوان ملاقات کرد (۳۵ دقیقه) و سپس جلسه دوتایی (۲۵ دقیقه) تشکیل شد. در جلسات فردی، به نوجوان کمک شد تا مشکلات حال حاضر خود و نشانه‌های افسردگی را بهتر تشخیص دهد و راهکارهایی که روابط بین فردی را برای او تسهیل می‌کرد، مرور شد. در جلسات مشترک نوجوان و والد، در مورد چگونگی استفاده مستمر از این راهکارها در منزل بحث شد. در این مرحله درمانگر مهارت‌ها را تحکیم کرد، در مورد راهبردهای حفظ و نگهداری بحث صورت گرفت و برای پیشگیری از عود افسردگی برنامه‌ریزی شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه خلق و احساس (MAQ). پرسشنامه خلق و احساس پرسشنامه‌ای ۳۴ ماده‌ای است که توسط آنگلد و همکاران (۱۹۸۷) برای تفکیک کودکان و نوجوانان دارای اختلالات افسردگی ساخته شده است. ماده‌های این پرسشنامه تمام ملاک‌های افسردگی ذکر شده در دهمین طبقه‌بندی

بین‌المللی بیماری‌ها^۳ (ICD-10) و چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-IV) را در بردارد. پرسشنامه خلق و احساس به دو صورت مشابه به شکل نسخه کودکان^۴ (MFQ-C) و نسخه والدین^۵ (MFQ-P) تدوین گردیده است. این پرسشنامه برای سنین ۸-۱۹ ساله قابل اجرا است. در این پرسشنامه علایم خلقی در طی دو هفته

3. International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10)

4. MFQ-Child form
5. MFQ-Parent form

1. social perspective taking
2. communication analysis

ضریب همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک^۷ ۰/۷۱ گزارش کردند. همچنین ضریب روایی تشخیصی^۸ ۰/۷۹ و نقطه برش ۳۳/۲۵ گزارش شد.

یافته‌ها

جدول ۲ نمره‌های شرکت‌کنندگان را در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری همراه با شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در پرسشنامه خلق و احساس نشان می‌دهد. مقدار شاخص تغییر پایای به دست آمده برای بیمار دوم در مرحله بعد از درمان ۱/۶۵ و در مرحله پیگیری ۲/۷۶ است که این مقدار اول در سطح $p < ۰/۰۵$ معنادار نیست، ولی در دوره پیگیری معنادار شده است. با توجه به این که مقدار شاخص تغییر پایای به دست آمده بیماران اول و سوم به ترتیب در مرحله پس از درمان ۲ و ۲/۵ و در مرحله پیگیری ۳/۵۵ و ۳/۰۱ به دست آمده است، این دو مقدار در سطح آماری $p < ۰/۰۵$ معنادار هستند. درصد بهبودی این دو بیمار نیز به ترتیب، پس از درمان ۱۷/۲۱ و ۲۵/۷۸ و مرحله پیگیری ۳۱/۰۱ و ۳۱/۵۷ است. همچنین پایین بودن نمرات بیمار اول و سوم از نقطه برش این پرسشنامه (۳۳/۲۵) در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تغییرات از نظر بالینی معنادار است.

اخیر سنجیده و در یک مقیاس سه درجه‌ای از درست (۲) تا نادرست (۰) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه خلق و احساس دارای توانایی بالایی در شناسایی کودکان و نوجوانان افسرده است. نتایج تحقیقات انجام شده در سایر کشورها در مورد پرسشنامه خلق و احساس روایی^۱ و پایایی^۲ بالایی را نشان داده است. پایایی پرسشنامه خلق و احساس توسط وود، کرول، مور و هارینگتون^۳ (۱۹۹۵)؛ به نقل از نشاط دوست و همکاران، (۱۳۸۴) با بازآزمایی این پرسشنامه بر روی ۱۵ بیمار نوجوان دارای اختلال افسردگی عمده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد بین دو اجرای این پرسشنامه، همبستگی بالایی ($r = ۰/۷۸$) وجود دارد و ضریب آلفای آن نیز ۰/۹۴ است. همچنین در این پژوهش با در نظر گرفتن نمره ۲۷ به عنوان نقطه برش^۴ جهت تشخیص اختلال افسردگی در نوجوانان دارای مشکلات روانپزشکی، حساسیت^۵ پرسشنامه ۰/۷۸ و ویژگی^۶ (اختصاصیت) آن نیز ۰/۷۸ گزارش شد (وود و همکاران، ۱۹۹۵)؛ به نقل از نشاط دوست و همکاران، (۱۳۸۴). نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۴) با هدف ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه روی ۱۶۴۵ نفر از دانش‌آموزان عادی مدارس راهنمایی و دبیرستان و ۳۰ نفر نوجوان که به مراکز مشاوره اصفهان مراجعه کرده بودند و تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ و

جدول ۲

نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه خلق و احساس در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری

مرحله	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه	۴۷	۵۱	۳۹
خط پایه اول	۴۵	۵۲	۳۸
خط پایه دوم	۴۵	۵۰	۳۷
خط پایه سوم	۴۵/۶۶	۵۱	۳۸

1. validity
2. reliability
3. Wood, A., Kroll, L., Moore, A., & Harrington, R.
4. cut of point
5. sensitivity
6. specificity

7. Beck Depression Inventory (BDI)
8. discriminant validity

ادامه جدول ۲

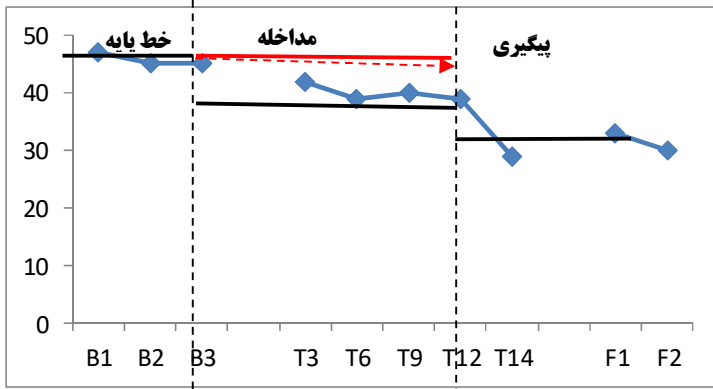
درمان			
۳۳	۵۰	۴۲	جلسه سوم
۳۱	۳۴	۳۹	جلسه ششم
۳۰	۵۲	۴۰	جلسه نهم
۱۹	۳۹	۳۹	جلسه دوازدهم
۲۸	۴۷	۲۹	جلسه چهاردهم
۲۸/۲	۴۴/۴	۳۷/۸	میانگین مرحله درمان
۲/۵	۱/۶۵	۲	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۵/۷۸	۱۲/۹۴	۱۷/۲۱	درصد بهبودی پس از درمان
	۱۸/۶۴		میانگین درصد بهبودی پس از درمان
پیگیری			
۲۷	۳۸	۳۳	پیگیری نوبت اول
۲۵	۴۲	۳۰	پیگیری نوبت دوم
۲۶	۴۰	۳۱/۵	میانگین مرحله پیگیری
۳/۰۱	۲/۷۶	۳/۵۵	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۱/۵۷	۲۱/۵۶	۳۱/۰۱	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۲۸/۰۴		میانگین درصد بهبودی مرحله پیگیری

از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) بیمار اول و سوم در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و نمودار گرافیکی نشان می‌دهد که از سه شرکت‌کننده این پژوهش، دو نفر تغییرات معنادار در افسردگی نشان داده‌اند. همچنین بر اساس درصد بهبودی کلی این سه بیمار در مرحله درمان (۱۸/۶۴) و پیگیری (۲۸/۰۴)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور بر افسردگی شرکت‌کنندگان بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد^۲ (به نقل از ایمانی، ۱۳۹۱) در طبقه درمان اندک قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور در افسردگی این سه نوجوان بوده است.

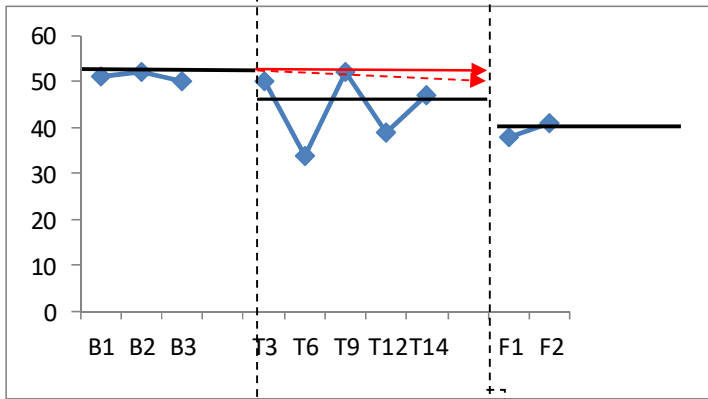
نمودار ۱ نشان می‌دهد که میانگین و سطح نمرات پرسشنامه خلق و احساس هر سه بیمار در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است؛ اما براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر، کلی و لوماس^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از ایمانی، ۱۳۹۱)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۱ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در بیمار دوم، تغییر حاصله در این بیمار تصادفی است و نتیجه مداخله درمانی نبوده و معنادار نیست. نمودار ۱ نشان می‌دهد علاوه بر این که میانگین و سطح نمره‌های پرسشنامه خلق و احساس بیمار اول و سوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است، تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۵ نقطه)

2. Blanchard, E., B.

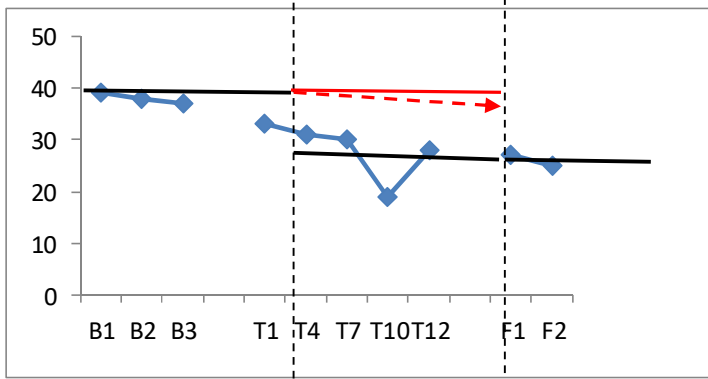
1. Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E.



بیمار اول



بیمار دوم



بیمار سوم

- میانگین و سطح تغییرات:
- - - - - خط پیش‌بین روند تغییرات:
- خط پیش‌بین سطح تغییرات:

نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های پرسشنامه خلق و احساس در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور بر علایم افسردگی نوجوانان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که این روش درمانی می‌تواند در کاهش افسردگی نوجوانان اثربخش باشد. دیتز و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی بین‌فردی خانواده‌محور بر کاهش افسردگی نوجوانان اثربخش است.

نوجوانی دوره‌ای است که با تغییر مشخص می‌شود؛ زمانی که فرد تلاش دارد تا مستقل شود و یک خودپنداره^۱ پخته از خودش و روابطش شکل دهد. بنا نهادن حس خود و هویت نقش جنسی، تمرکز بر روی ظاهر و خودپنداره، تحول اخلاقی، تنظیم اهداف آینده، علاوه بر رشد استقلال، افزایش رابطه با همسالان، تکالیف تحولی خاص این دوره هستند (هویقرس^۲، ۱۹۹۲؛ به نقل از عطری‌فر، ظهرالدین، دیبایی و زاهد، ۱۳۹۲).

بر این اساس، روان‌درمانی بین‌فردی پیرامون یکی از چهار حوزه مشکل^۳؛ یعنی فقدان^۴، تعارضات نقش^۵، انتقال نقش^۶ و کمبودهای بین‌فردی^۷ که به‌طور همزمان با شروع علایم افسردگی همراه می‌شود، ساختار یافته است. ارتباط عاطفی با نوجوان و آموزش روانی تغییرات ادراک شده از جانب درمانگر می‌تواند باعث کاهش اضطراب وی شود. درک احساس ناتوانی نوجوان از برقراری ارتباط با همسالان و آموزش دادن به نوجوان جهت استقبال از تجربه‌های جدید و برقراری ارتباط می‌تواند در روند یکنواخت مسیر زندگی او تغییری ایجاد کند. آگاهی از تغییرات رشدی و کسب بینش در مورد مسوولیت‌پذیری نوجوان، از نقاط قوت این درمان و تسهیل‌کننده جنبه‌های زندگی نوجوان است. در این پژوهش دو شرکت‌کننده تجربه روابط عاطفی با جنس مخالف را داشتند که تقریباً بیش از شش ماه پیش خاتمه یافته بود؛ اما قسمتی از درمان به بررسی موضوعات ناتمام و درگیری عاطفی مرتبط با این تجربه‌ها

اختصاص داده شد. این موقعیت درمانی می‌تواند فرصتی برای تخلیه هیجانی و بازسازی شناختی یا کسب بینش درباره روابط عاطفی نوجوان باشد. تجربه ایفای نقش و دیدن مسایل از زاویه‌ای دیگر به نوعی یک تجربه اصلاحی برای نوجوان است. اگر نوجوان بتواند بعضی از تغییرات پیش آمده در زندگی خود را نشانه "بزرگ شدن" بداند، شاید این نگرش مثبت همانند یک مکانیسم مقابله‌ای^۸، پذیرش بیشتری را برای رویارویی نوجوان با تغییرات چرخه تحولی زندگی‌اش فراهم آورد. از تاکیدات این درمان، شناسایی علایم افسردگی و افکار و رفتارهای تشدید کننده افسردگی نوجوان بود. شناسایی این علایم و عوامل تشدید کننده، نوجوان را قادر می‌سازد که در چرخه تکراری افسردگی قرار نگیرد. این موضوع زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که نوجوان می‌تواند با کنترل پریشانی‌های درونی، از ورود اثرات این چرخه در روابط بین‌فردی تا حدودی مصون شود.

از طرف دیگر تاکید بر حضور والد یا والدین می‌تواند به نوعی مکمل تامین کمبودها یا وقفه‌های تحولی باشد. تمرکز این درمان بر افزایش روابط والد-فرزندی مثبت می‌تواند توانبخش و سپر نوجوانان در مقابل استرس باشد. این درمان به والدین کمک می‌کند درک بهتری نسبت به شیوه تفکر فرزندشان به دست بیاورند. یکی از شرکت‌کنندگانی که رابطه عاطفی با جنس مقابل را تجربه کرده بود و خود را "شکست خورده" می‌دانست، به دلیل ترس از تنبیه شدید و محرومیت، این موضوع را با والدین خود در میان نگذاشته بود. بی‌تفاوتی خصمانه، سرزنش نوجوان، ایجاد احساس گناه در فرزند و مقایسه نوجوان با افراد دیگر از جمله رفتارهای مخرب والدین است. احتمالاً والدین با شناخت این رفتارهای مخرب، الگوهای تعاملی کارآمدتری را در پیش می‌گیرند. یکی از موضوعات مهم دوره نوجوانی، برداشت نوجوان و والدین از مشکلات و شیوه‌های مواجهه خانواده با مسایل و مشکلات است. این مساله زمانی برجسته‌تر می‌شود که موضوع طلاق والدین در میان باشد (در شرکت کننده دوم). تنش‌های والدین، بحث‌ها و اختلاف نظر و سایر مشکلاتی که در خانواده‌ها حضور دارد،

1. self-concept
2. Havighurst, R.
3. problem areas
4. loss
5. role disputes
6. role transitions
7. interpersonal deficits

درمان حضور داشتند و این یکی از محدودیت‌های عمده پژوهش بود. به دلیل ماهیت طرح تک آزمودنی، عدم استفاده از گمارش تصادفی یا هم‌تا کردن آزمودنی‌ها از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود این مدل درمان با نمونه‌های بزرگ‌تر و با گمارش تصادفی همراه با گروه کنترل انجام شود تا کارایی آن با روش تحلیل واریانس نیز بررسی شود. با توجه به این که نرخ افسردگی در دختران نوجوان بیشتر از پسران است، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این روش درمان در گروه سنی نوجوانان دختر نیز مورد بررسی قرار گیرد و امکان مقایسه اثربخشی مداخله در دو جنس فراهم شود. امروزه متخصصان روان‌درمانی غالباً از رویکردهای یکپارچه‌نگر استفاده می‌کنند. روان‌درمانی بین فردی خانواده محور نیز با نگرش جامعی که به نوع مشکل و هم‌چنین راهبردهای درمانی و مداخلات سیستمی دارد، می‌تواند به عنوان جایگزینی برای درمان‌های فردی در نظر گرفته شود.

می‌تواند بر کارکردهای مختلف نوجوان اثر بگذارد. به عنوان مثال برای شرکت کننده دوم، بررسی احساسات نوجوان در مورد طلاق والدین و البته آگاهی بیشتر در مورد ماهیت ازدواج و روابط زناشویی، از تاکیدات درمانی این پژوهش بود.

اگر چه نتایج پژوهش نشان داد که آزمودنی دوم تغییرات بالینی معناداری نداشته است، اما اطلاعات مربوط به دوره پیگیری نشان می‌دهد که نمره افسردگی هر سه شرکت کننده نسبت به دوره خط پایه کمتر شده است. این نتایج می‌تواند زمینه‌ای در جهت بررسی بیشتر روان‌درمانی بین فردی خانواده محور برای پژوهشگران علاقمند به رویکردهای ترکیبی باشد. شرکت کننده دوم این پژوهش، اخیراً طلاق والدین را تجربه کرده بود؛ تقریباً ۴ ماه پیش از شروع درمان. آشفتگی‌ها و نوسانات مکرر ناشی از تداوم درگیری‌های والدین از محدودیت‌های درمان بود. اگر چه این درمان نوعی درمان خانواده محور است، ولی در واقع در این پژوهش مادران فقط در

منابع

- ایمانی، م. (۱۳۹۱). بررسی کارایی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در کاهش آشفتگی زناشویی و علائم اختلال اضطراب فراگیر زنان شهرستان ماهشهر. پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- پورسینا، ز، طهماسیان، ک، و صادقی، م. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای ایمنی هیجانی در رابطه بین کارکرد خانواده و مشکلات رفتاری کودک. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۷۸-۶۹.
- دالوند، ح، رصافیانی، م، و باقری، ح. (۱۳۹۳). مروری بر رویکرد خانواده محور. *مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین*، ۱، ۹-۱.
- عطری فر، م، ظهرالدین، ع، دیبایی، ش، و زاهد، غ. (۱۳۹۲). مقایسه افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم. *مجله پزشکی ارومیه*، ۱، ۳۱-۲۱.
- گال، م، بورگ، و، و گال، ج. (۱۹۹۵). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی*، جلد دوم. ترجمه احمدرضا نصر، حمیدرضا عربی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمدحسین علامت‌ساز، محمدجعفر پاک‌سرشت و همکاران، ۱۳۸۶. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و سمت. چاپ دوم.
- لوف، ه، شکری، ا، و قنبری، س. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای مدل‌های ارتباطی زوجین در رابطه بین تعارض زناشویی و مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده دختران. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۱۸-۳.
- مرادی، ع، شکری، ا، و دانش‌پور، ز. (۱۳۸۶). تاثیر روان‌درمانی بین‌فردی بر درمان افسردگی نوجوانان: مطالعه موردی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱، ۲۸-۵.
- نشاط دوست، ح. ط، نوری، ن. ا، مولوی، ح، کلانتری، م، و مهرابی، ح. (۱۳۸۴). *هنجاریابی پرسشنامه خلق و احساس*. *مجله روانشناسی*، ۹، ۳۵۰-۳۳۴.

References

- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237-249.
- Charkhandeh, M., Abu Talib, M., & Jane Hunt, C. (2016). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.044>.
- Connolly, S. D., & Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 267-283.
- Dietz, L. J., Mufson, L., Irvine, H., Brent, D. A. (2008). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: an open treatment trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 2, 154-161.
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 191-199.
- Granö, N., Karjalainen, M., Ranta, K., Lindgren, M., & Therma, S. (2016). Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry Research*, 237, 9-16.
- Gunter, R. W., & Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30, 194-202.
- Hein, V., Koka, A., & Hagger, M. S. (2015). Relationships between perceived teachers' controlling behavior, psychological need thwarting, anger and bullying behavior in high-school students. *Journal of Adolescence*, 42, 103-114.
- Katzman, D. K., Peebles, R., Sawyer, S. M., Lock, J., & Grange, D. L. (2013). The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: Opportunities and challenges. *Journal of Adolescent Health*, 53, 433-440.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the Trans diagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 1-13.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., et al. (2015). Computerized therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 67, 1-18.
- Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 498-510.
- Stark, K. D., Banneyer, K. N., Wang, L. A., & Arora, P. (2012). Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family Psychology*, 1, 161-184.
- Van Ryzin, M.J., Roseth, C.J., Fosco, G. M., Lee, Y., & Chen, I. C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*. Doi: 10.1016/j.cpr.2016.03.007
- Weersing, V. R., Shamseddeen, W., Garber, J., Hollon, S. D., Clarke, G. N., Beardslee, W. R.,

- et al. (2016). Prevention of depression in at-risk adolescents: Predictors and moderators of acute effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55, 219-226.
- Wolff, J. C., Jandasek, B., Michel, B. D., Becker, S. J., & Spiritual, A. (2016). Concurrent treatment of depression in parents and adolescents: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.02.00>