



Integrated Cognitive, Interpersonal, and Systemic Treatment for Women with Depression: Development and Efficacy Evaluation

Rohullah Haddadi^{1*}, Mina Mojtabaei², Amirhoushang Mehryar³

1. Corresponding author, PhD Candidate, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Tehran, Iran. Email: r_hadadi2000@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Tehran, Iran. Email: mojtabaie_in@yahoo.com
3. Professor, Department of Clinical Psychology, Institute of Management and Planning Studied, Tehran, Iran. Email: ahmehryar2003@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 25 Sep 2021
Revised: 20 Feb 2022
Accepted: 12 Mar 2022
Published Online: 7 Aug 2023

Keywords:
Depression, Effectiveness, Integrated Cognitive-Interpersonal-Systemic Treatment, Package Construction.

ABSTRACT

The purpose of this research was to develop and evaluate the efficacy of an integrated package of cognitive, interpersonal, and systemic therapy on the depressive symptoms and coping skills of women with depression. The research design is an extended pre-test-post-test design with multiple groups. The statistical population of the study consisted of the women referred to the Atieh treatment center in Tehran in 2017 and 2018, and 60 of them were randomly divided into four groups of 15 participants. Following grouping, the first group received cognitive therapy, the second group received interpersonal therapy, the third group received systemic therapy, and the fourth group received an integrated bundle of cognitive, interpersonal, and systemic therapy over the course of 12 weekly 90-minute sessions. Data was collected using the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) and the Coping Responses Scale (CRI). The data were analyzed using SPSS-23 statistical software and mixed variance analysis. Post-test results indicated that integrated treatment package training has a significant impact on reducing depressive symptoms and enhancing coping skills among depressed women ($P < 0.001$), but these results were not substantiated during the follow-up phase. This study is founded on the utilization of integrated treatment packages to improve Depression supports services.

Cite this article: Haddadi, R., Mojtabaei, M., & Mehryar, A. (2023). Integrated Cognitive, Interpersonal, and Systemic Treatment for Women with Depression: Development and Efficacy Evaluation. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(2), 231-255. doi: 10.22059/japr.2023.331233.644013.



**درمان یکپارچه شناختی، بین‌فردی و سیستمی افسردگی زنان: ساخت بسته و بررسی اثربخشی**روح‌الله حدادی^{۱*}، مینا مجتبابی^۲، امیر هوشنگ مهریار^۳

۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران. رایانامه:

r_hadadi2000@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه:

mojtabaie_in@yahoo.com

۳. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، تهران، ایران. رایانامه:

ahmehryar2003@yahoo.com**اطلاعات مقاله****چکیده****نوع مقاله:**

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۵/۱۶

کلیدواژه‌ها:

اثربخشی، افسردگی، درمان یکپارچه شناختی-بین‌فردی-سیستمی، ساخت بسته.

هدف از پژوهش حاضر، ساخت و بررسی اثربخشی بسته یکپارچه درمان شناختی، بین‌فردی و سیستمی بر علائم افسردگی و مهارت‌های مقابله‌ای زنان افسرده بود. طرح پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی گسترش‌یافته پیش‌آزمون-پس‌آزمون چندگروهی بود. جامعه آماری پژوهش زنانی بودند که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ به مرکز درمان آتیه در شهر تهران مراجعه کرده بودند که از این میان ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. پس از گروه‌بندی، گروه اول درمان شناختی، گروه دوم درمان بین‌فردی، گروه سوم درمان سیستمی و گروه چهارم بسته یکپارچه درمان شناختی، بین‌فردی و سیستمی را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار دریافت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای (CRI) استفاده شد. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد آموزش بسته یکپارچه درمان تأثیر معناداری بر کاهش علائم افسردگی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای زنان افسرده در پس‌آزمون دارد ($P < 0/001$). اما این نتایج برای مرحله پیگیری تأیید نشد. پژوهش حاضر از به‌کارگیری بسته‌های درمان یکپارچه برای بهبود افسردگی حمایت می‌کند.

استناد: حدادی، ر.، مجتبابی، م.، و مهریار، ا. (۱۴۰۲). درمان یکپارچه شناختی، بین‌فردی و سیستمی افسردگی زنان: ساخت بسته و بررسی اثربخشی. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی

روانشناختی، ۱۴(۲)، ۲۵۵-۲۳۱. doi: 10.22059/JAPR.2023.331233.644013

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.331233.644013>

© نویسنده‌گان.



۱. مقدمه

سازمان جهانی بهداشت^۱ (۲۰۱۳)، اختلال افسردگی اساسی^۲ (MDD) را یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در سراسر جهان معرفی می‌کند که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را تحت تأثیر داده است. افسردگی اساسی سومین علت ناتوانی در جهان است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به اولین علت ناتوانی در سراسر جهان تبدیل شود (مادرز و لونکار^۳، ۲۰۰۶). شیوع مادام‌العمر افسردگی اساسی برای زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد است (هاید و مزولیس^۴، ۲۰۲۰). به گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۳)، بار افسردگی برای زنان ۵۰ درصد بیشتر از مردان است. زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان مبتلا هستند. مطالعات در ایران نیز نشان می‌دهد، شیوع کلی افسردگی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر است. از این میزان، درصد شیوع در زنان از ۱۳/۱ تا ۷۵/۳ و در مردان از ۷/۶ تا ۶۷ درصد متغیر بوده است. در واقع زنان از حدود ۱/۱ تا ۱/۷ برابر مردان نسبت به افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند (ساروخانی، پروره، حسن‌پور دهکردی، سایه میری، و مقیم بیگی، ۲۰۱۸). فرضیه آسیب‌پذیری نشان می‌دهد زنان نسبت به مردان واکنش شدیدتری به رویدادهای منفی نشان می‌دهند که این آسیب‌پذیری به مجموعه‌ای از عوامل بیولوژیکی و روان‌شناختی نسبت داده شده است (هاید و مزولیس، ۲۰۲۰).

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ (DSM5) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳)، اختلال افسردگی اساسی اساسی با علائم و نشانه‌های مختلفی مشخص می‌شود که بیشتر آن‌ها به وضعیت خلقی فرد مربوط می‌شوند (به‌عنوان مثال، بدبینی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش‌ازحد، ازدست‌دادن قابل‌توجه علاقه، افکار مکرر مرگ و کاهش توانایی تجربه لذت). افسردگی با خلق منفی یا کاهش خلق مثبت نیز مشخص می‌شود. تداوم خلق منفی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و شروع دوره‌های بعدی بیماری را پیش‌بینی می‌کند (اورزچوفسکا و همکاران^۷، ۲۰۱۳). بیماران افسرده از راهبردهای مقابله‌ای منفعل و غیرمنعطف از قبیل کرختی هیجانی، نشخوار فکری و چرخه عواطف منفی، به‌دفعات استفاده می‌کنند (لیهی، تیریچ و ناپولیتان^۸، ۲۰۱۲). مقابله به‌عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری، دائماً در حال تغییر برای مدیریت خواسته‌های بیرونی یا درونی فرد تعریف شده است (فولکمن و ماسکوویتز^۹، ۲۰۰۴). محققان معتقدند افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای منفعل برای تنظیم و کاهش حالات خلقی منفی استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیرترین افراد برای شروع یا تداوم دوره‌های افسردگی هستند (لیو و تامپسون^{۱۰}، ۲۰۱۷). زنان بیشتر از مردان از راهبردهای مقابله‌ای منفعل برای رویارویی با رویدادهای منفی استفاده می‌کنند (کندلر، تورنتون و گاردنر^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ نولن هوکسما و جکسون^{۱۲}، ۲۰۰۱).

مطالعات نشان داده است انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، نشانه نارسایی در فرایند پردازش اطلاعات موقعیتی است (موریس و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۵). در خصوص نارسایی پردازش اطلاعات، ابتدا گرینبرگ، رایس و الیوت^{۱۴} (۱۹۹۳)، مدل شناختی-هیجانی را مطرح کردند. این مدل بر فرایند پردازش اطلاعات هیجانی-شناختی موقعیتی تمرکز می‌کند. آن‌ها معتقد بودند بیماران افسرده در رویدادهای منفی، تمرکز هیجانی زیادی دارند که مانع از فرایند پردازش صحیح رویداد منفی می‌شود. این نارسایی براساس طراح‌واره‌های هیجانی اولیه قابل توجه است. هرتل و ماتپوس^{۱۵} (۲۰۱۱) مدل دیگری با عنوان مدل سوگیری

1. World Health Organization
2. Major Depression Disorder (MDD)
3. Mathers & Loncar
4. Hyde & Mezulis
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM5)
6. American Psychiatric Association
7. Orzechowska et al.
8. Leahy, Tirsch, & Napolitano
9. Folkman & Moskowitz
10. Liu & Thompson
11. Kendler, Thornton, & Gardner
12. Nolen-Hoeksema & Jackson
13. Morris et al.
14. Greenberg, Rice, & Elliott
15. Hertel & Mathews

شناختی مطرح کردند که براساس آن، بیماران افسرده در فرایند پردازش اطلاعات به پردازش گزینشی و اتوماتیک جنبه‌های بی‌ربط و آزاردهنده رویداد منفی اقدام می‌کنند. توجه انتخابی به محرک‌های بی‌ربط و آزاردهنده موقعیت، تثبیت خلق منفی و انتخاب راهبرد نادرست مقابله‌ای را نیز به همراه دارد (یانگ و همکاران^۱، ۲۰۱۷؛ وانته و همکاران^۲، ۲۰۱۷).

آخرین فرضیه درمورد نارسایی پردازش اطلاعات را ویلالوبوس، پاسیوس و وازکوئیز^۳ (۲۰۲۱) مطرح کردند که براساس آن، بیماران افسرده هنگام رویارویی با رویدادهای منفی به دلیل سوگیری توجه و حافظه خودگزارشی از مقابله منفعل استفاده می‌کنند. بدین ترتیب که در حین پردازش اطلاعات، امکان تغییر توجه بیمار از جنبه‌های بی‌ربط به جنبه‌های مهم رویدادهای منفی وجود ندارد. بیمارانی که در جداکردن توجه خود از محرک‌های بی‌ربط، تغییر مسیر فکر، کنترل محتوای حافظه فعال یا حذف افکار ناخوشایند مشکل دارند، روش تکراری پردازش ممکن است تنظیم آن‌ها را دشوارتر کند. در نتیجه پاسخ‌های هیجانی، تشدید خلق منفی، تأثیرگذاری بر تشدید علائم و عود بیماری را تسهیل می‌کنند (نولن هوکسما، ویسکو و لیوبومیرسکی^۴، ۲۰۰۸). به همین منظور مدل‌های درمانی مختلف با بازسازی مجدد رویدادهای منفی در جلسات درمانی به دنبال آن هستند تا بیمار تحلیل مجددی بر منابع ذهنی خود و نحوه انتخاب الگوهای مقابله‌ای داشته باشد (شیپس، سوری و گروس^۵، ۲۰۱۵). با وجود اثربخشی مداخلات شناختی، فراشناختی و ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های مختلف دخیل در فرایند پردازش اطلاعات، نتایج برای اصلاح سوگیری توجه و راهبردهای مقابله‌ای امیدوارکننده نبوده است (نورمن و مورینا^۶، ۲۰۱۸؛ جونز و شارپ^۷، ۲۰۱۷؛ هسو و همکاران^۸، ۲۰۱۸)؛ به‌نحوی که با وجود این راهبردها، چه در بهبودی نسبی و چه بهبودی کامل، همچنان علائمی باقی مانده است (مایکل، هالیگان، و اهلرز^۹، ۲۰۰۷). هم در مدل شناختی-هیجانی گرینبرگ، رایس و الیوت (۱۹۹۳) و هم مدل سوگیری شناختی هرتل و ماتیوس (۲۰۱۱) و فرضیه سوگیری توجهی ویلالوبوس، پاسیوس و وازکوئیز (۲۰۲۱)، تأکید اصلی بر بدکارکردی‌های اجرایی به‌ویژه کارکردهای شناختی در فرایند پردازش اطلاعات موقعیتی و تولید راهبردهای مقابله‌ای است؛ درحالی که در دوره‌های مختلف افسردگی، نقش هیجانات در واکنش‌دهی به رویدادهای منفی، تعیین‌کننده‌تر از کارکردهای شناختی است (هامر و آردال^{۱۰}، ۲۰۰۹). نگاهی افراطی و سنتی به کارکردهای شناختی به‌عنوان مهم‌ترین عامل در توجیه نارسایی پردازش اطلاعات سبب می‌شود تا نقش سایر عوامل مانند هیجانات که به‌تنهایی و مستقل از شناخت، پتانسیل تغییر درمانی دارند، نادیده گرفته شود (سیگل و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۲). مطالعات نشان داده است در پردازش هیجانی نسبت به پردازش شناختی، احتمال شکل‌گیری راهبردهای مقابله‌ای اتوماتیک و غیرمنعطف بیشتر است (کویفمن و سامرز^{۱۲}، ۲۰۱۹). در همین راستا واتسون و بیدارد^{۱۳} (۲۰۰۶)، در مطالعه خود دریافتند بیماران تحت درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با بیماران با درمان‌های مبتنی بر هیجان، لمس و تجربه هیجانی ضعیف‌تری تجربه می‌کنند. درک چگونگی انتخاب و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای فقط از فیلتر شناختی، به نظر خطایی بود که در نهایت بک (۲۰۰۸) عنوان کرد و گفت درمان شناختی باید بازبینی شود. تیزدل^{۱۴} (۱۹۸۸)، نیز معتقد است درمان شناختی به‌تنهایی برای پیشگیری از وقوع مجدد دوره‌های افسردگی کافی نیست و اضافه کردن سایر درمان‌ها مؤثرتر خواهد بود. البته افزودن درمان‌های مختلف به یکدیگر و کنار هم قراردادن آن‌ها با توجه به چارچوب مفهومی و نظری متفاوت، در عمل کاری غیرممکن است. از دیدگاه مدل‌های درمانی یکپارچه‌نگر، این مورد از طریق توجه به اصل «راهبردهای بالینی مرکزی یا

1. Yang et al.
2. Wante et al.
3. Villalobos, Pacios, & Vázquez
4. Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky
5. Sheppes, Suri, & Gross
6. Normann & Morina
7. Jones & Sharpe
8. Hsu et al.
9. Michael, Halligan, Clark, & Ehlers
10. Hammar & Ardal
11. Siegle et al.
12. Coifman & Summers
13. Watson & Bedard
14. Teasdale

اصول مشترک تغییر درمانی» امکان‌پذیر است (گلدفرد^۱، ۱۹۸۰). تمرکز بر اصول تغییر درمانی مشترک، ایده خوبی برای توسعه روان‌درمانی است (لیمنز و همکاران^۲، ۲۰۱۵).

مؤلفه مشترک درمان شناختی و درمان بین‌فردی همان نارسایی بیماران افسرده در مقابله با رویدادهای منفی پسایماری به دلیل نقص در پردازش اطلاعات و عدم حمایت محیطی است (لیمنز و همکاران، ۲۰۱۵). نارسایی بیمار در مقابله با رویدادهای منفی و خودمراقبتی، پذیرش بیمار از سوی خانواده و حمایت اجتماعی را نیز مختل می‌سازد (بل و همکاران^۳، ۲۰۱۸). به عقیده بوئن (۱۹۷۸) افسردگی زمانی پدیدار می‌شود که فشارهای روانی فراتر از توانایی مقابله‌ای فرد است؛ بنابراین بر توانایی فرد در دیدن نقش خود در روابط بین‌فردی و تمایز بین افکار و احساسات برای مدیریت مشکلات بین‌فردی تأکید می‌شود (کوالز و ادواردز^۴، ۲۰۱۹). با توجه به تأکید هر سه مدل بر ناکامی بیماران افسرده در خودمراقبتی و رویارویی با رویدادهای منفی پسایماری و از سوی دیگر با توجه به نقص در فرایند پردازش اطلاعات موقعیتی (موریس و همکاران، ۲۰۱۵) و اهمیت بیشتر هیجانات در تداوم دوره‌های مختلف بیماری (هامر و آردال، ۲۰۰۹)، در بسته درمانی فعلی از درمان شناختی به‌عنوان درمان پایه و استاندارد استفاده می‌شود. در کنار آن و بسته به نیازهای درمانی متنوع بیماران، از درمان بین‌فردی، سیستمی نیز بهره گرفته می‌شود. همین‌طور با تغییر مفروضه سوگیری توجهی ویلاوبوس، پاسوس و وازکوئیز (۲۰۲۱) و تأکید بر سوگیری هیجانی به‌عنوان متغیری مستقل و تأثیرگذار بر تولید راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، مفهوم‌بندی یکپارچه متفاوتی مطرح می‌شود تا در قالب یک بسته درمانی یکپارچه بتوان اثربخشی آن را بر علائم افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران افسرده بررسی کرد.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

این مطالعه از نظر هدف بنیادی و از نظر روش گردآوری داده‌ها از نوع طرح‌های آزمایشی گسترش‌یافته پیش‌آزمون-پس‌آزمون چندگروهی است (دلاور، ۱۳۸۰). جامعه آماری تحقیق شامل زنانی است که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ به مرکز درمان آتیه در شهر تهران مراجعه و براساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM5 تشخیص افسردگی اساسی دریافت کرده‌اند. روش نمونه‌گیری در دسترس است. علاوه بر تشخیص افسردگی براساس DSM5، دیگر معیارهای ورود نیز برای انتخاب آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد. این معیارها شامل سن ۲۵ تا ۴۵، عدم استفاده از سایر روش‌های درمان روان‌شناختی در طول مطالعه، استفاده نکردن از مواد مخدر و الکل، نداشتن علائم روان‌پزشکی حاد، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه درمان غیردارویی هم‌زمان، داشتن علائم روان‌پزشکی حاد، استفاده از مواد مخدر و الکل، داشتن تحصیلات زیر دیپلم و عدم رضایت از حضور در مطالعه بود. پس از مصاحبه بالینی و در نظر گرفتن معیارهای ورود، ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از مشخص شدن تعداد نهایی، آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. انتخاب گروه‌ها و نوع مداخلات درمانی کاملاً تصادفی بود. آزمودنی‌ها تا قبل از اجرای مداخلات اطلاع نداشتند چه نوع مداخله‌ای را دریافت می‌کنند. ترتیب گروه‌ها به این صورت بود که برای گروه اول درمان شناختی، گروه دوم درمان بین‌فردی، گروه سوم درمان سیستمی و برای گروه چهارم درمان بسته یکپارچه درمان شناختی، بین‌فردی و اجرا شد. هر مداخله در ۱۲ جلسه به‌صورت هفته‌ای یک بار و به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد. قبل از شروع مداخلات، تمامی شرکت‌کنندگان، چهار گروه پرسشنامه افسردگی بک BDI-II و سیاهه راهبردهای مقابله‌ای بلینگز و موس CRI را تکمیل کردند. بلافاصله پس از اتمام مداخلات نیز مجدداً آزمودنی‌ها پرسشنامه را تکمیل کردند. به‌منظور بررسی روند اثربخشی مداخلات با گذشت زمان، سه ماه پس از اتمام جلسات درمان نیز با آزمودنی‌ها تماس گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد تا بار دیگر هر دو پرسشنامه را تکمیل کنند (مرحله پیگیری). با توجه به اینکه گروه‌ها نیاز جدی به مداخله درمانی داشتند، یک جلسه توجیهی قبل از اجرای مداخلات

1. Goldfried
2. Lemmens et al.
3. Bell et al.
4. Qualls & Edwards

برای آزمودنی‌ها و یکی از مراقبان آن‌ها انجام شد تا هم با ماهیت بیماری و هم ضرورت اجرای جلسات درمانی آشنا شوند. بدین ترتیب آزمودنی‌ها تا اتمام مداخلات در جلسات درمانی حضور داشتند و ریزشی وجود نداشت. البته به منظور رعایت معیارهای اخلاقی، به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که به هر دلیل اگر مایل به ادامه همکاری نبودند، می‌توانند به همکاری خود پایان دهند.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

۲-۲-۱. سیاهه افسردگی بک - نسخه دوم^۱ (BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و یک شاخص خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی است. این ویرایش برای هماهنگی با نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) ارائه شد. آزمون دارای ۲۱ ماده است و برای افراد بالای ۱۳ سال تهیه شده است که در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود و قابلیت سنجش نوع و شدت افسردگی را دارد. پاسخ‌دهی به ماده‌ها در طیفی چهاردرجه‌ای از صفر تا سه و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. پاسخ‌دهندگان برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند (بک، استر و برون،^۲ ۱۹۹۶). همسانی درونی آن ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ و ضریب آلفای نسخه فارسی ۰/۹۲، ضریب همبستگی دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). دابسون، محمدخانی و مساح چولابی (۱۳۸۶) نیز پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ را گزارش کرده‌اند. محاسبه روایی سازه از طریق روایی همگرا و اجرای هم‌زمان آن با مقیاس ناامیدی بک^۳، همبستگی ۰/۶۸، با مقیاس افکار خودکشی ۰/۳۷، با پرسشنامه اضطراب بک^۴ ۰/۶۰، با مقیاس تجدیدنظرشده درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون برای افسردگی^۵ ۰/۷۱ و با مقیاس تجدیدنظرشده درجه‌بندی اضطراب همیلتون^۶ ۰/۴۷ بود (بک، استر و برون، ۱۹۹۶).

۲-۲-۲. سیاهه پاسخ‌های مقابله‌ای بلینگز و موس^۷ (CRI)

این سیاهه در پی دستیابی به روشی آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخ‌های مقابله‌ای است. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود یک بحران شخصی یا یک حادثه استرس‌زا را که به‌تازگی تجربه کرده‌اند در نظر آورند و با توجه به اینکه چگونه با آن رویداد مواجه شده‌اند، به ۳۲ ماده در یک مقیاس لیکرت چهارنقطه‌ای پاسخ دهند. در این سیاهه پنج راهبرد مقابله‌ای شناختی، هیجانی، حل مسئله، راهبرد حمایت اجتماعی و مهار جسمانی (جسمانی‌سازی) سنجیده می‌شود (بلینگز و موس^۸، ۱۹۸۴). ضریب پایایی بازآزمایی کل ابزار ۰/۷۹ و برای راهبرد حل مسئله ۰/۹۰، راهبرد هیجانی ۰/۶۵، ارزیابی شناختی ۰/۶۸، جسمانی‌کردن ۰/۹۰ و راهبرد حمایت اجتماعی ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب آلفای نسخه فارسی این سیاهه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ محاسبه شده است (حسینی قدمگاهی و همکاران، ۱۳۷۷).

۲-۳. مراحل تدوین پروتکل درمان شناختی، بین‌فردی و سیستمی

در این مرحله، بسته یکپارچه شناختی، بین‌فردی و سیستمی مبتنی بر راهبردهای مقابله‌ای با رویکرد عمومی و اختصاصی برای افسردگی اساسی براساس روش ونتلینگ^۹، ۱۳۷۵ اجرا شد. براساس الگوی ونتلینگ، مراحل هشت‌گانه ساخت بسته‌های آموزشی انجام گرفت. در مرحله نخست، سرفصل‌های درمانی باید مطرح شود. برای رسیدن به این مورد از بررسی تعاریف مهم و مسائل

1. Beck Depression Inventory-II (BDI- II)
2. Beck, Steer, & Brown
3. Beck Hopelessness Scale (BHS)
4. Beck Anxiety Inventory (BAI)
5. Hamilton Depression Rating Scale (HDSA)
6. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)
7. Coping Responses Inventory (CRI)
8. Billings & Moos
9. Ventling

روش‌شناختی شروع کردیم و سپس به بررسی عوامل خطر خاص برای عود پرداختیم. بدین‌منظور ابتدا پیشینه پژوهش در خصوص شناخت ماهیت بیماری افسردگی، چالش‌های درمان بیماران، ماهیت دوره‌های مختلف افسردگی و مهم‌تر از آن، شناسایی ریزفاکتورهای دخیل در بروز دوره‌های مختلف بیماری، نظریه‌های سوگیری شناختی، فرضیه‌های مقابله‌نشخواری در تولید راهبردهای مقابله‌ای و ارزیابی، توجیه مدل‌های نظری در خصوص نحوه تولید راهبردهای مقابله‌ای و مفاهیم اصلی و مرکزی رویکردهای درمانی یکپارچه مرور شد (ویلالوبوس، پاسیوس و وازکوئیز، ۲۰۰۲؛ بوکمن و همکاران^۱، ۲۰۱۸؛ چاو و لو^۲، ۲۰۱۷؛ هفر و ویلوبی^۳، ۲۰۱۷؛ مین و همکاران^۴، ۲۰۱۲؛ هرتل و ماتیوس، ۲۰۱۱؛ بک و دوزویس^۵، ۲۰۱۱؛ نورکراس و گلدفرید، ۲۰۰۵).

در مرحله دوم و پس از مطالعه پیشینه و استخراج ریزفاکتورهای اصلی عود، اهداف درمانی-آموزشی تعیین شد. پس از مرور پیشینه، هدف کلی مطالعه، بهبود فرایند سازگاری با شرایط پسایماری به‌منظور پیشگیری از وقوع دوره‌های بعدی بیماری بود. برای دستیابی به این هدف، اهداف فرعی مانند کشف رویدادهای منفی و تنش‌زای پسایماری، شناسایی نحوه پردازش هیجان‌های برخاسته از رویدادهای منفی، شناخت هیجان‌های تشدیدشده و تظاهرات غرق‌شدگی هیجانی^۶، تمرکز بر راهبردهای مقابله‌ای اتوماتیک منفع‌ل و اصلاح آن‌ها مطرح شد.

در مرحله سوم، سازمان‌دهی محتوای درمانی-آموزشی انجام گرفت. یکی از اصول درمان یکپارچه‌نگر در تدوین بسته‌های درمانی، استفاده از یک درمان استاندارد و مؤثر به‌عنوان درمان پایه و استفاده از مدل‌های درمانی دیگر برحسب نیازهای درمانی متنوع بیماران، در قالب یک مفهوم‌بندی مجدد از مشکلات رفتاری و روانی است (نورکراس و گلدفرید^۷، ۲۰۰۵). به این ترتیب در این بسته، درمان شناختی به‌عنوان درمانی پایه و مفروضه مقابله‌نشخواری ویلالوبوس، پاسیوس و وازکوئیز (۲۰۲۱)، با کمی تغییر و تأکید بر فرایند پردازش هیجانی رویداد منفی و تولید پاسخ‌های هیجانی تشدید یافته اتوماتیک و انعطاف‌ناپذیر در قالب یک مفروضه متفاوت‌تر بر علائم افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران افسرده به‌کار برده شد؛ بنابراین ساختار این جلسات برحسب درمان شناختی و تکالیف داخل جلسه و تکالیف خانگی طراحی شد، اما محتوا در کنار مفاهیم شناختی از مفاهیم تنظیم هیجانی بین‌فردی و سیستمی نیز به‌کار رفت. این بسته لزوماً التقاط‌گرایانه نیست؛ چرا که در حوزه درمان بیماران افسرده، فرضیه جدیدی را مطرح می‌سازد که می‌تواند مفهوم‌بندی نویی از نحوه مقابله بیماران افسرده در اختیار درمانگران قرار دهد. فرمول‌بندی موردی و طرح درمانی، زمانی بهینه می‌شود که در یک رویکرد نظری خاص تثبیت شود؛ رویکردی که در قالب آن بتوان به آزمون مفروضات جدید براساس مفهوم همسان‌سازی یا ادغام مفروضات جدید با مفاهیم قبلی پرداخت (بوسول و همکاران^۸، ۲۰۱۰).

در مرحله چهارم، انتخاب تکنیک‌های درمانی-آموزشی مطرح است. به‌طورکلی در این بسته درمانی، با بازسازی رویدادهای تنش‌زای زندگی فرد، بیمار به ارزیابی مجدد وقایع پویای درونی حین رویارویی با رویدادهای منفی تشویق می‌شود تا بتواند واکنش خود را به چالش بکشد و اصلاح کند. برای کشف رویدادهای منفی و تنش‌زای پسایماری، از «فن هدایت‌گرانه»^۹ برای شناسایی رویدادهای منفی از طریق بیان مثال موردی استفاده می‌شود و با تأکید بر کشف موضوعاتی که بیمار به آن‌ها پاسخ هیجانی می‌دهد ادامه می‌یابد. سپس با استفاده از «فن تصریح»^{۱۰} برای شفاف‌سازی بیشتر رویداد آزاردهنده اقدام می‌شود. پس از آن، در مطالعه پیش‌رو، برای شناسایی افکار و نحوه پردازش هیجان‌های برخاسته از رویدادهای منفی، از «فن تصویرسازی ذهنی»^{۱۱} کمک گرفته شد. در مرحله بعد، «فن راغب‌سازی»^۱ هیجان برای بهنجارسازی احساسات استفاده و ضعف‌ها و قوت‌های

1. Buckman et al.
2. Chow & Lo
3. Heffer & Willoughby
4. Min et al.
5. Beck & Dozois
6. emotional flooding
7. Norcross & Goldfried
8. Boswell
9. guided technique
10. clarification technique
11. imaging technique

احساسات مطرح شد. سپس با تمرکز بر «مدل سه سیستمی هیجان» بک، چگونگی ارتباط میان بخش تفکر، رفتار، هیجان و فیزیولوژی در موقعیت آزاردهنده مشخص شد. بعد از آن نقش باورها در راه‌اندازی زنجیره پاسخ‌دهی، معرفی تحریف‌ها و ارتباط آن‌ها با افکار بررسی و بعد، دو موقعیت متفاوت با هم «تصویرسازی» شد: یکی رویداد منفی و دیگری هیجانات برخاسته از رویدادهای منفی.

در این مرحله، خاستگاه‌های سیستم پردازش اطلاعات را در تمایز این دو موقعیت مطرح کردیم. چگونگی پردازش شناختی رویدادهای هیجانی از طریق «افکار خودآیند منفی/تحریف‌های شناختی»^۲ و تولید هیجان منفی ناشی از آن را اجرا کردیم. سپس چگونگی پردازش هیجانی رویداد منفی را در بیمار، از طریق افکار خودآیند منفی/تحریف‌های شناختی و تشدید هیجان منفی ناشی از آن مطرح شد. در مثال موردی، از «فن تمایز»^۳ بین دو نوع پردازش موقعیتی و پردازش هیجانی تمایز ایجاد کردیم. چگونگی تداوم تشدید هیجانی و تبدیل آن به نشخوار هیجانی^۴ با وجود تداوم رویداد منفی مطرح شد. برای تعیین نوع واکنش‌های مقابله‌ای بیمار در شرایط تنش‌زا، به مثال مطرح‌شده توسط بیمار برگشتیم و پس از شناسایی واکنش‌ها، نتایج به‌کارگیری آن‌ها مشخص شدند. «انواع راهبردهای و سبک‌های مقابله‌ای» را معرفی کردیم. از طریق «فن بن‌بست»^۵ بر راهبردهای منفعل که به کناره‌گیری از رویداد منفی منجر می‌شود، تأکید ورزیدیم. پیامدهای راهبردهای مقابله‌ای منفی با تشدید هیجانات و کناره‌گیری مداوم از رویدادهای منفی مطرح شدند. بار دیگر از فن تصریح برای شفاف‌شدن اهمیت و ارتباط پردازش هیجان با رویداد منفی، ارتباط افکار خودکار منفی با تولید و تشدید هیجان، نقش راهبرد تکراری و خودکار منفعل و تداوم و تشدید هیجان و شروع نشخوار هیجانی یا غرق‌شدگی هیجانی استفاده کردیم. درنهایت «فن تجسم یا ایفای نقش برای تجدید یک تجربه هیجانی» به کار رفت تا فرد در موقعیت منفی فرضی و تجسمی، نحوه مقابله مطلوب و پیامدهای آن را بررسی کند. از فن «موضع من» برای بیان احساسات و باورهای آزاردهنده به دیگران و تغییر تمرکز از هیجانات منفی به هیجانات مثبت استفاده شد. تمرین «تن آرامی»^۶ نیز برای کاهش هیجانات آنی و شدت‌یافته، قبل از رویارویی با موقعیت منفی و تغییر مسیر توجه به دیگر ابعاد موقعیت مورد نظر به کار رفت.

مرحله پنجم مربوط به شناسایی منابع آموزشی مورد نیاز بود. یکی از ابزارهای مورد نیاز، جزواتی در خصوص آشنایی با بیماری افسردگی اساسی و نحوه پردازش رویدادهای منفی بود. همچنین کاربرگ‌های داخل جلسه و کاربرگ‌های منزل نیز استفاده شدند. در مرحله ششم پس از طی کردن مراحل قبلی، چارچوب و محتوای جلسات برنامه درمانی در ۱۵ جلسه یک ساعت و نیمه به صورت هفته‌ای یک بار همراه با کاربرگ‌های منزل طراحی شدند.

موضوع مرحله هفتم، تهیه مواد کمک‌آموزشی شامل متن، صوت و ویدیوهای آموزشی بود. برای این منظور، جزوه‌ای حاوی توصیف اختلال افسردگی و پیامدهای آن تهیه شد و در اختیار بیماران قرار گرفت. بیماران کاربرگ‌هایی نیز برای انجام تکالیف دریافت کردند. آموزش بیماران در جلسات، با وایت‌برد صورت گرفت. کاربرگ‌ها در خصوص آشنایی با بیماری افسردگی اساسی، انواع راهبردهای مقابله‌ای، سیستم پردازش اطلاعات و ارتباط با رفتار بود.

در مرحله هشتم، مطالعه اولیه و اجرای آزمایشی بسته درمانی-آموزشی شناختی، بین فردی و سیستمی صورت گرفت. نسخه اولیه درمان در قالب ۱۵ جلسه طراحی شده بود. قبل از اجرای مداخله، به منظور تعیین روایی محتوا، بسته درمانی در اختیار نه درمانگر اختلالات خلقی قرار گرفت تا نظرات خود را اعلام کنند. نسبت روایی محتوایی^۷ (CVR) قابل قبول براساس نه ارزیاب ۰/۷۸ است. مواردی که مقدار روایی محتوایی محاسبه‌شده برای آن‌ها کمتر از میزان مورد نظر با توجه به تعداد متخصصین ارزیابی‌کننده محتوی باشد، باید تجدیدنظر یا حذف شود. شاخص روایی محتوایی، «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن»

1. motivating
2. Negative Automatic Thoughts/Cognitive Distortions
3. distinction
4. emotional rumination
5. impasse
6. relaxation
7. Content Validity Ratio (CVR)

هر آیتم را براساس یک طیف لیکرتی چهارقسمتی مشخص می‌کنند. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوایی^۱ (CVI) ۰/۷۵ است و اگر شاخص روایی محتوایی (CVI) کمتر از ۰/۷۵ باشد، آن آیتم باید بازبینی شود. مقدار روایی محتوایی برای ضروری بودن جلسات در دامنه ۰/۶۵ تا ۱ به دست آمد که تأیید می‌کند بیشتر جلسات از نظر متخصصان در حد قابل قبولی ضروری تشخیص داده شده‌اند. دامنه شاخص روایی محتوایی در زمینه مرتبط بودن بین ۰/۷۰ تا ۱/۰۰ به دست آمد که نشان می‌دهد جلسات با درمان یکپارچه رابطه درستی دارد. دامنه شاخص در زمینه وضوح بین ۰/۷۰ تا ۱/۰۰ به دست آمد که نشان می‌دهد بیشتر جلسات با درمان یکپارچه رابطه مناسب دارند. در زمینه ساده بودن نیز دامنه شاخص روایی محتوایی بین ۰/۸۹ تا ۱/۰۰ به دست آمد که نشان می‌دهد جلسات به شکل مناسب و قابل قبولی با درمان یکپارچه رابطه دارد. براین اساس سه جلسه چهارم، دهم و پانزدهم که کمتر از حد مورد انتظار بودند، از جلسات کنار گذاشته شدند و پروتکل ۱۵ جلسه‌ای به ۱۲ جلسه نهایی تبدیل شد. در ضمن این بسته درمانی هم‌زمان روی پنج بیمار زن افسرده که داوطلب شرکت در مطالعه آزمایشی بودند اجرا شد. پس از اجرای آزمایشی روی پنج بیمار داوطلب، کاربرگ‌های منزل نیز حذف شدند؛ چرا که بیماران در انجام تکالیف همکاری نمی‌کردند؛ بنابراین بسته درمانی یکپارچه شناختی، بین‌فردی و سیستمی در قالب ۱۲ جلسه یک ساعت و نیمه به صورت هفته‌ای یک بار با کاربرگ‌های داخل جلسه برگزار شد. جلسات به‌قرار جدول ۱ بود.

جدول ۱. راهنمای جلسات درمان شناختی، بین فردی و سیستمی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف	تکنیکها	ابزارهای کمک آموزشی
اول	ماهیت افسردگی اساسی	ایجاد رابطه درمانی، معارفه، تعیین اهداف جمعی، بررسی قوانین جلسات، تعیین دستور جلسه، معرفی ماهیت بیماری افسردگی و ضرورت درمان	آموزش گروهی اختلال، عادی سازی اختلال، داغ زدایی و دعوت به مشارکت گروهی	جزوه آشنایی با افسردگی اساسی و کاربرگ منزل
دوم	شرایط پساافسردگی	مرور تکالیف خانگی، آشنایی با وقایع بین دوره ای، تمرکز بر رویدادهای منفی پسایماری به ویژه وقایع بین فردی و تأثیر آن بر کارکردهای روزمره و نحوه مقابله با این رویدادها	فن هدایت گرانه و بارش فکری، فن تصریح	کاربرگ شناسایی رویدادهای منفی پسایماری
سوم	شرایط پساافسردگی	مقابله های ناکارآمد: دلیلی بر وقوع یا تداوم افسردگی، معرفی انواع مقابله ها	بارش فکری و مثال موردی، آموزش گروهی انواع مقابله	کاربرگ انواع مقابله ها و کاربرگ منزل
چهارم	پردازش اطلاعات موقعیتی	تأکید بر چگونگی فرایند پردازش اطلاعات در رویدادهای منفی و کمک خواهی از منابع تولید راهبرد براساس کنترل شناختی و مقابله هیجانی	فن سه سیستمی رفتار هیجانی	کاربرگ تولید رفتار هیجانی و کاربرگ منزل
پنجم	پردازش هیجانی در رویدادهای منفی	مرور تکالیف خانگی، تمایز میان پردازش شناختی و پردازش هیجانی و نقش سوگیری توجهی و انتخابی در پردازش، ارتباط افسردگی با پردازش هیجانی به ویژه بین دوره ها	فن تمایز و تصریح	کاربرگ تمایز شناخت از هیجان و کاربرگ منزل
ششم	مقابله نشخواری اتوماتیک	معرفی راهبردهای منفعل با تأکید بر نشخوار، مکانیسم مقابله نشخواری در موقعیت منفی، شکل گیری که منجر به کناره گیری از رویداد منفی می شود، پیامد راهبردهای مقابله ای منفی با تشدید هیجانات و کناره گیری مداوم از رویدادهای منفی	فن بن بست، فن تصریح	جزوه مکانیسم شکل گیری راهبردهای هیجانی منفعل
هفتم	مقابله نشخواری اتوماتیک	تصویرسازی یکی از موقعیت های آزاردهنده و تصریح آن موقعیت، بیان هیجانات آنی و لحظه ای موقعیت، بررسی اهمیت شناخت یا هیجان در آن لحظه، تمایل به تکرار راهبرد قبلی در این شرایط بدون حق انتخاب	فن تصویرسازی ذهنی، فن راغب سازی هیجان	جزوه تجربه کردن احساسات آنی و واکنش اتوماتیک و کاربرگ منزل
هشتم	تحریف های شناختی	آشنایی با تحریف های شناختی براساس مدل ABC و نقش آن ها در فرایند پردازش و انتخاب راهبردهای مقابله ای	آموزش تحریف های شناختی	جزوه تحریف های شناختی، کاربرگ منزل
نهم	نشخوار هیجانی و راهبرد مقابله ای انعطاف ناپذیر	غرق شدگی هیجانی یا نشخوار هیجانی مبنایی بر انتخاب راهبرد مقابله ای انعطاف ناپذیر، دشواری در سوگیری توجهی به جنبه های شناختی رویداد منفی و چگونگی واکنش نشان دادن در لحظه	فن تجسم یا ایفای نقش برای تجدید یک تجربه هیجانی	جزوه مقابله نشخواری و کاربرگ منزل
دهم	مسئولیت پذیری و خودپیزی	پذیرش مسئولیت راهبرد مقابله منفعل و نشخواری از طریق تغییر ارادی توجه انتخابی از جنبه های هیجانی به جنبه های شناختی رویداد منفی، کم کردن خودسرزندی و نحوه درست بیان احساسات و باورهای شخصی در روابط بین فردی	فن موضع من	کاربرگ منزل
یازدهم	تغییر مسیر سوگیری توجهی و حواس پرتی	مقابله نشخواری هیجانی نوعی عمل درجاردن هیجانی و تشدید هیجانی و تأثیر بر ناتوانی در توجه به سایر جنبه های رویداد منفی، پرت کردن حواس و تغییر مسیر توجه	فن تصویرسازی ذهنی، تمرین تن آرامی	سیدی تمرین تن آرامی
دوازدهم	حل و فصل تعارضات بین فردی	بررسی یک موقعیت بین فردی تنش زا، شناسایی و تداوم موانع بین فردی از طریق تحلیل مؤلفه های شناختی، هیجانی و مقابله ای آن، تمرکز بر الگوی قبلی مقابله نشخواری به جای حل تعارضات بین فردی هیجانات بین فردی، چگونگی غرق شدگی و لمس هیجانی	فن تصویرسازی ذهنی	کاربرگ منزل

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، همزمان دارای چندین روش درمانی بود و متغیرهای وابسته در چندین نوبت اندازه‌گیری شدند، روش تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیری^۱ و چندمتغیری مکرر^۲ برای آزمون فرضیه‌های موجود اجرا شد. قبل از انجام تحلیل، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۳ و شاپیرو-ویلک^۴ در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS-23 استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

ویژگی‌های جمعیت شناختی برحسب فراوانی و درصد در جدول ۲ مطرح شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	سطوح	گروه / شاخص فراوانی (درصد)			
		یکپارچه	سیستمی	بین فردی	شناختی
تحصیلات	دیپلم	۱۰ (۱۶/۷)	۹ (۱۵)	۷ (۱۱/۷)	۱۰ (۱۶/۷)
	کاردانی	۰ (۰/۰)	۲ (۳/۳)	۱ (۱/۷)	۰ (۰/۰)
	کارشناسی	۴ (۶/۷)	۳ (۵/۰)	۶ (۱۰/۰)	۴ (۶/۷)
وضعیت تأهل	ارشد	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)
	مجرد	۱ (۱/۷)	۲ (۳/۳)	۳ (۵/۰)	۱ (۱/۷)
	متاهل	۱۴ (۲۳/۳)	۱۳ (۲۱/۷)	۱۲ (۲۰/۰)	۱۴ (۲۳/۳)
وضعیت اشتغال	بیکار	۹ (۱۵/۰)	۹ (۱۵/۰)	۷ (۱۱/۷)	۹ (۱۵/۰)
	شاغل	۶ (۱۰/۰)	۶ (۱۰/۰)	۸ (۱۳/۳)	۶ (۱۰/۰)
	میانگین	۳۵/۶۰	۳۴/۸۰	۳۵/۶۷	۳۵/۶۰
سن افراد	انحراف معیار	۴/۳۹	۶/۸۷	۵/۶۵	۴/۳۹
	حجم نمونه	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵

در جدول ۱، وضعیت تحصیلات، وضعیت شغلی و میانگین سن آزمودنی‌ها ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، فراوانی تحصیلات در مقطع دیپلم و کارشناسی بیشتر از کاردانی و کارشناسی ارشد بوده است. در ضمن ۰/۱۱ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد و ۰/۸۹ درصد متأهل بودند. درصد بیشتری از شرکت‌کنندگان بیکار هستند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۴ سال است.

۳-۲. توصیف شاخص‌ها

یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. توصیف شاخص‌های پژوهش

متغیرها	مرحله	شناختی		بین فردی		مداخله سیستمی		یکپارچه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۹/۲۷	۸/۳۰	۳۹/۰۷	۸/۲۲	۳۸/۶۰	۶/۳۶	۳۹/۴۰	۶/۳۳
	پس‌آزمون	۱۸/۸۰	۵/۴۵	۲۳/۵۳	۵/۴۶	۲۶/۲۰	۳/۳۴	۱۶/۷۳	۶/۹۸
	پیگیری	۱۸/۲۰	۴/۲۱	۲۲/۶۷	۴/۲۵	۲۳/۰۷	۳/۵۶	۱۶/۹۳	۵/۵۹
سبک شناختی	پیش‌آزمون	۵/۸۰	۲/۷۰	۵/۳۳	۲/۵۵	۵/۷۳	۲/۲۲	۵/۶۷	۲/۷۴
	پس‌آزمون	۸/۵۳	۱/۵۵	۵/۲۷	۲/۲۵	۴/۷۳	۱/۷۱	۶/۹۳	۱/۷۱
	پیگیری	۶/۲۰	۱/۷۸	۵/۳۳	۲/۰۹	۵/۲۷	۲/۱۲	۶/۶۷	۱/۵۴

1. repeated measures analysis
2. repeated measure Mancova
3. Kolmogorov-Smirnov
4. Shapiro-Wilk Test

متغیرها	مرحله	شناختی		بین فردی		مداخله سیستمی		یکپارچه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سبک حل مسئله	پیش‌آزمون	۲/۸۷	۱/۸۵	۲/۸۰	۱/۹۷	۲/۶۰	۱/۶۴	۲/۶۰
	پس‌آزمون	۵/۰۷	۱/۰۳	۲/۶۰	۱/۷۶	۲/۵۳	۱/۴۶	۴/۵۳
	پیگیری	۳/۶۰	۱/۶۴	۲/۶۰	۱/۴۰	۲/۵۳	۱/۵۵	۳/۴۷
سبک هیجانی	پیش‌آزمون	۱۸/۷۳	۵/۰۸	۱۹/۵۳	۳/۹۸	۱۸/۶۷	۳/۰۶	۱۸/۳۳
	پس‌آزمون	۱۷/۴۰	۴/۵۲	۱۶/۶۰	۴/۷۹	۱۵/۳۳	۲/۵۵	۱۲/۵۳
	پیگیری	۱۶/۷۳	۴/۰۸	۱۷/۱۳	۴/۹۴	۱۷/۲۰	۳/۳۸	۱۳/۴۷
سبک حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون	۵/۰۰	۲/۸۰	۴/۲۷	۲/۴۹	۴/۹۳	۲/۱۵	۴/۱۳
	پس‌آزمون	۵/۴۰	۲/۰۳	۳/۸۰	۲/۴۳	۵/۲۰	۱/۸۶	۴/۶۰
	پیگیری	۴/۳۳	۲/۵۰	۴/۲۰	۲/۰۸	۵/۱۳	۲/۲۰	۴/۲۷
سبک جسمانی	پیش‌آزمون	۱۱/۸۰	۴/۴۴	۱۲/۶۷	۳/۸۳	۱۱/۲۷	۳/۲۶	۱۲/۰۷
	پس‌آزمون	۱۳/۱۳	۲/۹۲	۹/۸۰	۲/۷۶	۱۰/۴۰	۳/۱۱	۹/۲۷
	پیگیری	۱۱/۰۰	۴/۵۵	۱۰/۱۳	۳/۴۶	۱۱/۳۳	۳/۷۴	۹/۴۷

براساس یافته‌های جدول ۳ میانگین نمرات آزمون افسردگی و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای در چهار مداخله درمانی تفاوت داشته است. در هر چهار مداخله، نمرات در پس‌آزمون کاهش یافته‌اند، اما مقایسه میانگین‌های تک‌تک مداخلات نشان می‌دهد مداخله شناختی و بسته یکپارچه درمان، کاهش بیشتری را در میزان علائم افسردگی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای بیماران داشته است. حتی در سطح مقایسه خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای، بیمارانی که از بسته درمان یکپارچه بهره بردند، بیشتر از بیمارانی که سه مداخله دیگر برایشان اجرا شد، راهبردهای مقابله‌ای هیجانی ناسازگارانه را کاهش دادند. البته تفاوت‌های موجود در میانگین‌های چهار گروه، برای مرحله پیگیری مشاهده نشد.

۳-۲. آزمون‌های نرمال و بررسی فرضیه‌ها

مفروضه کرویت یا همگنی کوواریانس‌ها نمرات افسردگی ($P > 0.302$) و نمرات راهبردهای مقابله‌ای ($P > 0.08$) به دست آمد که نشان از تأیید پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته داشتند. در ادامه، به بررسی فرضیه‌های پژوهشی پرداخته شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته اثر درمان‌ها بر علائم افسردگی

منبع تغییر	مرحله	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
							درون گروهی
درون گروهی	مرحله	۱۳۴۵۶/۳۱	۲	۶۷۲۸/۱۵	۲۹۱/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	مرحله*گروه	۵۳۱/۰۶	۶	۸۸/۵۱	۳/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۱۷
بین گروهی	گروه	۷۵۰/۵۵	۳	۲۵۰/۱۸	۴/۳۲	۰/۰۰۸	۰/۱۸

نتایج جدول ۴ اثر معنادار برای عامل گروه به‌عنوان متغیر مستقل را نشان می‌دهد ($F = 4/32, P < 0/00, \eta^2 = 0/18$)؛ با این مفهوم که حداقل در یکی از سه مرحله، در بین گروه‌های درمان تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثرات درون گروهی بیانگر این نکته است که حداقل بین یکی از سه مرحله اندازه‌گیری، تفاوت معنادار وجود دارد ($F = 291/25, P < 0/00, \eta^2 = 0/84$). در ادامه، نتایج به شکل جزئی‌تر براساس آزمون تعقیبی بنفرونی گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در نمرات افسردگی

گروه	مرحله	میانگین ۱	میانگین ۲	تفاوت	خطا	معناداری
پیش‌آزمون	شناختی	۳۹/۲۶	۳۹/۰۶	۰/۲۰	۲/۶۹	۱/۰۰
	شناختی	۳۹/۲۶	۳۸/۶۰	۰/۶۶	۲/۶۹	۰/۹۹
	شناختی	۳۹/۲۶	۳۹/۴۰	-۰/۱۳	۲/۶۹	۱/۰۰
	بین فردی	۳۹/۰۶	۳۸/۶۰	۰/۴۶	۲/۶۹	۰/۹۹
	بین فردی	۳۹/۰۶	۳۸/۶۰	-۰/۳۳	۲/۶۹	۰/۹۹
	سیستمی	۳۸/۶۰	۳۸/۶۰	-۰/۸۰	۲/۶۹	۰/۹۹

گروه	مرحله	میانگین ۱	میانگین ۲	تفاوت	خطا	معناداری
پس‌آزمون	شناختی	۱۸/۸۰	۲۳/۵۳	-۴/۷۳	۱/۹۹	۰/۰۹
	شناختی	۱۸/۸۰	۲۶/۲۰	-۷/۴۰*	۱/۹۹	۰/۰۰
	شناختی	۱۸/۸۰	۱۶/۷۳	۲/۰۶	۱/۹۹	۰/۷۳
	بین فردی	۲۳/۵۳	۲۶/۲۰	-۲/۶۶	۱/۹۹	۰/۵۴
	بین فردی	۲۳/۵۳	۱۶/۷۳	۶/۸۰*	۱/۹۹	۰/۰۰
	سیستمی	۲۶/۲۰	۱۶/۷۳	۹/۴۶*	۱/۹۹	۰/۰۰
پیگیری	شناختی	۱۸/۲۰	۲۲/۶۶	-۴/۴۶*	۱/۶۳	۰/۰۴
	شناختی	۱۸/۲۰	۲۳/۰۶	-۴/۸۶*	۱/۶۳	۰/۰۲
	شناختی	۱۸/۲۰	۱۶/۹۳	۱/۲۶	۱/۶۳	۰/۸۶
	بین فردی	۲۲/۶۶	۲۳/۰۶	-۰/۴۰	۱/۶۳	۰/۹۹
	بین فردی	۲۲/۶۶	۱۶/۹۳	۵/۷۳*	۱/۶۳	۰/۰۰
	سیستمی	۲۳/۰۶	۱۶/۹۳	۶/۱۳*	۱/۶۳	۰/۰۰

جدول ۵ نشان‌دهنده نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی است که براساس آن در مرحله پیش‌آزمون، بین نمرات افسردگی گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشته است. در مرحله پس‌آزمون، بعد از اعمال روش‌های درمان مشاهده می‌شود بین گروه شناختی با گروه مداخله سیستمی ($d=۷/۴۰$, $P<۰/۰۰$) تفاوت معنادار است. بین گروه درمانی بین فردی و گروهی یکپارچه ($P<۰/۰۰$)، تفاوت معنادار است. بین گروه مداخله سیستمی با گروه یکپارچه ($d=۶/۸۰$, $P<۰/۰۰$) نیز تفاوت معنادار است. تفاوت‌های معنادار در مرحله پیگیری گروه شناختی با مداخله سیستمی، گروه بین فردی با بسته یکپارچه، و گروه مداخله سیستمی با بسته یکپارچه باقی مانده است. علاوه بر این مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه شناختی و گروه بین فردی که در پس‌آزمون معنادار نبود، در مطالعات پیگیری معنادار شده است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری اثربخشی درمان‌ها بر راهبردهای مقابله‌ای

منبع تغییر	مرحله	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری	اندازه اثر
مرحله	مرحله	۰/۱۸	۶/۱۶	۲	۵۵	۰/۰۰۴	۰/۱۸
درون گروهی	مرحله* گروه	۰/۴۸	۵/۹۰	۶	۱۱۲	۰/۰۰۰	۰/۲۴۰
مرحله* متغیر	مرحله* متغیر	۰/۳۲	۱/۶۴	۱۲	۱۶۵	۰/۰۸۴	۰/۱۱
بین گروهی	گروه	-	۱/۳۰۲	۳	۵۶	۰/۲۸۳	۰/۷/

جدول ۶ اثر غیر معنادار برای عامل گروه را به عنوان متغیر مستقل نشان می‌دهد ($F=۱/۳۰$, $P>۰/۲۸$, $\eta=۰/۰۶$). براساس این جدول، در سه مرحله بین گروه‌های درمان تفاوت معنادار وجود دارد. اما اثرات درون گروهی بیانگر این نکته است که حداقل بین یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۶/۱۶$, $P<۰/۰۰$, $\eta=۰/۱۸$). انجام آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشخص کرد بین پس‌آزمون گروه شناختی و گروه بین فردی ($d=۳/۲۰$, $P<۰/۰۰$) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین گروه شناختی و گروه مداخله سیستمی ($d=۳/۸۰$, $P<۰/۰۰$) تفاوت معنادار است. بین گروه مداخله سیستمی و گروه یکپارچه ($d=۲/۲۰$, $P<۰/۰۰$) تفاوت معنادار دارد. این تفاوت به شکل است که نمرات گروه مداخله شناختی بهتر از نمرات گروه بین فردی و گروه مداخله سیستمی شده است. از طرف دیگر، گروه مداخله سیستمی به شکل معناداری کمتر از گروه یکپارچه است. در راهبردهای مقابله‌ای حل مسئله نیز مشاهده می‌شود گروه شناختی از گروه‌های بین فردی ($d=۲/۴۷$, $P<۰/۰۰$) و مداخله سیستمی ($d=۲/۵۳$, $P<۰/۰۰$) عملکرد مناسب‌تری داشته است. همچنین مشاهده می‌شود گروه یکپارچه از گروه‌های بین فردی ($d=۱/۳۰$, $P<۰/۰۰$) و مداخله سیستمی ($d=۲/۰$, $P<۰/۰۰$) عملکرد مناسب‌تری داشته و در مطالعه پیگیری، تفاوت بین گروه‌ها کمتر شده است.

در راهبردهای مقابله‌ای هیجانی نیز در پس‌آزمون، بین نمرات شناختی و گروه یکپارچه ($d=۴/۸۷$, $P<۰/۰۰$) بین گروه یکپارچه و گروه بین فردی ($d=۴/۷۰$, $P<۰/۰۳$) تفاوت وجود دارد. تفاوت به شکلی است که راهبردهای هیجانی در گروه یکپارچه

متعادل‌تر شده و کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. البته این تفاوت‌ها در مطالعات پیگیری کم‌رنگ‌تر شده است. در راهبرد مقابله‌ای حمایت اجتماعی بین گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. در راهبرد مقابله‌ای جسمانی‌کردن، بین گروه شناختی و بین فردی ($d=3/33, P<0/00$) شناختی و یکپارچه ($d=3/87, P<0/01$) تفاوت مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که در گروه شناختی و یکپارچه، این راهبرد به کمترین میزان رسید، اما در مرحله پیگیری، این تفاوت‌ها کاهش یافت.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، ساخت و بررسی اثربخشی درمان یکپارچه شناختی، بین فردی و سیستمی افسردگی بر علائم افسردگی و مهارت‌های مقابله‌ای زنان افسرده بود. با توجه به اینکه بیماران افسرده راهبردهای مقابله‌ای ضعیفی دارند، وقوع دوره‌های مختلف بیماری قابل‌پیش‌بینی است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر چهار مداخله درمانی تأثیرگذارند و توانسته‌اند علائم افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ضعیف را به‌طور معنی‌داری کاهش دهند. اما در سطح مقایسه تک‌تک مداخلات با یکدیگر، تفاوت در میزان اثربخشی مشاهده شد. بدین ترتیب که مداخله شناختی و بسته درمان یکپارچه در مقایسه با مداخلات بین فردی و سیستمی، اثربخشی بیشتری را بر کاهش علائم افسردگی بیماران و راهبردهای مقابله‌ای ایجاد کرده‌اند. اثربخشی بیشتر درمان شناختی از درمان بین فردی با نتایج مطالعات لیمنز و همکاران (۲۰۱۵)، هایبزر و همکاران^۱ (۲۰۱۶) و کویچپرز و همکاران^۲ (۲۰۰۸) ناهمخوان است. البته در خصوص اثربخشی بسته‌های درمانی یکپارچه، شواهد نظری برای اثربخشی مدل محدود است. بالین‌حال، یافته به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات رودریگوئز-آلجو، سیسنروس-راموس، رابلس-سدنو^۳ (۲۰۱۸) و فونگی و همکاران^۴ (۲۰۱۹) همسو است.

در تبیین اثربخشی هر چهار مدل درمانی می‌توان به موضوع عامل مشترک درمانی اشاره کرد. مطالعات نشان می‌دهد همه مداخلات روان‌شناختی نتایج مثبتی را ایجاد می‌کنند (ون ریجین و ویلد^۵، ۲۰۱۳). اعتقاد بر این است که اثربخشی کلی روان‌درمانی، صرفاً با تعیین نوع رویکرد مداخله تعیین نمی‌شود، بلکه براساس نقاط همگرایی بین آن‌ها معین می‌شود. این نقاط همگرا عبارت‌اند از: الف) توانایی گسترش امید و انتقال انتظارات واقع‌بینانه، ب) انتقال اطلاعات، پ) توانایی شناسایی تجربیات رفاه و رضایت و ت) رویارویی با واقعیت از طریق بررسی موقعیت‌ها، رویدادها و روابطی که با دیگران تجربه می‌شود (پرستون^۶، ۲۰۰۳). به این ترتیب، شناسایی نقاط تقاطع بین پارادایم‌های مختلف نظری، امکان ایجاد یک پارادایم مرکزی از رویکردهای موجود را می‌دهد.

در این میان، رویکرد شناختی و یکپارچه، بیش از دو رویکرد دیگر بر کاهش علائم افسردگی تأثیرگذار بودند. در تبیین این یافته می‌توان گفت غالب نظریه‌های هیجانی، اهمیت شناخت در زنجیره شکل‌گیری راهبردهای مقابله‌ای را قطعی و ضروری می‌دانند (گروس^۷، ۲۰۱۵). در مدل شناختی، افسردگی پیامد تفسیرهای منفی رویدادهای مختلف زندگی گذشته است و تغییر این تفسیرها جوهره درمان محسوب می‌شود. آگاهی بیمار از چگونگی نقش تفسیرهای شناختی منفی در موقعیت‌های مختلف و نیز آگاهی از دلایل شکل‌گیری این تفسیرها و نقش تعیین‌کننده آن‌ها در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای، از موضوعات مورد توجه در مدل شناختی است. این آگاهی سبب می‌شود فرد با بازسازی مجدد رویدادهای منفی در جلسه درمان و ارزیابی مجدد فرایند پردازش موقعیتی و چگونگی انتخاب و تفسیر جنبه‌های مختلف موقعیت بتواند واکنشی اثربخش داشته باشد و با تغییر معنای یک موقعیت، به‌جای تولید منفعل و خودکار پاسخ‌ها، بر فرایند تولید فعالانه و سازگار پاسخ‌ها مسلط شود (بک^۸، ۱۹۶۷). ارزیابی شناختی شامل تغییر معنای یک موقعیت برای تغییر واکنش خلقی فرد به موقعیت است (گروس، ۲۰۱۵). راهبردهای شناختی

1. Huibers et al.
2. Cuijpers et al.
3. Rodríguez-Alejo, Cisneros-Ramos, & Robles-Cedeño
4. Fonagy et al.
5. Van Rijn & Wild
6. Preston
7. Gross
8. Beck

برای سازگاری با محیط‌های دائماً در حال تغییر از طریق فرایندهای زیربنایی خودتنظیمی مانند حل مسئله و تصمیم‌گیری با هیجان‌ات ارتباط دارند (داجانی و اودین^۱، ۲۰۱۵؛ هافمن، اشمایکل و بدلی^۲، ۲۰۱۲). مداخلات شناختی با تمرکز بر اصلاح شناخت‌ها و رفتارهای ناسازگار در درمان افسردگی اساسی موفق بوده‌اند (داجانی و اودین، ۲۰۱۵).

روان‌درمانی مؤثر مستلزم تشخیص مشکلات و نواقص متعدد بیماران از زوایای مختلف است و اهداف اصلی آن اصلاح الگوهای شناختی، شیوه‌های تجربه‌پدیده‌ها و رخدادها و تقویت مهارت‌های سازگاری مؤثر است. به‌خوبی پذیرفته شده است که نحوه شکل‌گیری انتظارات، ارزش‌ها، نگرش‌ها و راهبردهای مناسب برای دستیابی به اهداف، بر رفتار و روابط آن‌ها با دیگران تأثیر می‌گذارد. روان‌درمانی باید بتواند توانایی افراد را در کنترل زندگی افزایش دهد و دیدگاه آن‌ها به خود و جهان را منسجم‌تر کند. روان‌درمانی نه‌تنها رنج و علائم ناخوشایند را طی زمان کاهش می‌دهد، بلکه مسائل مربوط به درک معنای زندگی را نیز روشن می‌کند و مدلی واقع‌بینانه از زندگی سالم، انسان‌بودن و بهبود ایجاد می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). برای رسیدن به این اهداف، درکی چندوجهی از افراد مبتلا و نیازهای درمانی آن‌ها ضروری است (گلدفرد، پاچانکیس و بل^۳، ۲۰۰۵). کار با یک بخش از روان، همان‌گونه که در اغلب مدل‌های روان‌درمانی مطرح است، کارایی طولانی‌مدت درمان را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، امکان پیشگیری از اختلالات بیشتر را زمانی که یک موقعیت جدید و دشوار در زندگی بیمار رخ می‌دهد، تضعیف می‌کند؛ به‌عنوان مثال، وقتی در موقعیت‌های مختلف بر کارکرد منفی تحریف‌های شناختی تمرکز می‌کنیم، خود را محدود به تلاش‌هایی با هدف تغییر یک نوع رفتار (در این مورد فرایندهای شناختی مانند تفکر) می‌کنیم. یا زمانی که فقط به دنبال لمس هیجان‌ات از طریق مرور تجربیات آزاردهنده بیمار و بینش به آن‌ها هستیم، این محدودیت ذاتی درمان، بسیاری از زمینه‌های ضروری را در خارج از آن نادیده می‌گیرد (کوپیروز و همکاران، ۲۰۰۸).

کار اصلی درمانگر در روان‌درمانی، توجه به توانایی بیمار برای مقابله با موقعیت‌های دشوار مختلف در آینده است که با تمرکز تک‌بعدی، این توانایی محدود می‌شود. یکپارچگی برای درک مشکلات بیمار نه‌تنها می‌تواند راه‌های مختلف درمانی را در هم ادغام کند، بلکه باید چارچوب نظری مفیدی برای درک بهتر بیمار و اختلالش فراهم سازد تا به طیف وسیع‌تری از تغییرات دست یابد (کستونگی و همکاران^۴، ۲۰۱۵). تیزدل (۱۹۸۸) معتقد است درمان شناختی به‌تنهایی برای پیشگیری از وقوع مجدد دوره‌های افسردگی کافی نیست و اضافه‌کردن سایر درمان‌ها در کنار درمان شناختی می‌تواند مؤثرتر باشد. گلدفرد، پاچانکیس و بل (۲۰۰۵) بر این عقیده‌اند که اضافه‌شدن مدل‌های نظری به یکدیگر، از طریق اصول تغییر درمانی امکان‌پذیر است. بسته‌های درمانی یکپارچه بر این فرض متکی هستند و نیازهای درمانی متنوع بیماران را نیز در نظر می‌گیرند. در این مطالعه همان‌طور که بر اثربخشی درمان شناختی بر علائم افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای نسبت به دیگر درمان‌ها تأکید شده است، درمان یکپارچه نیز که به دنبال توسعه و پوشش درمان‌های قبلی و تأکید بر اصل تغییر درمانی است توانسته است مؤثر واقع شود. در این مدل، علاوه بر تأکید بر نقش شناخت و تفسیرهای شناختی در فرایند پردازش اطلاعات، بر نقش هیجان‌ات به‌عنوان متغیری مستقل نیز تأکید شد؛ بنابراین درمان بین‌فردی به‌دلیل اهمیت آن در آگاهی هیجانی و لمس هیجانی (ویزر و گلدفرد^۵، ۱۹۹۳)، به‌ویژه در روابط بین‌فردی به این مدل افزوده شد. علاوه‌براین، به‌دلیل مزمن‌شدن بیماری، پذیرش بیماری از سوی خانواده به چالشی جدی برای بیماران تبدیل می‌شود و مشکلات ارتباطی و بین‌فردی در خانواده قابل‌پیش‌بینی است (هولوبووا و همکاران^۶، ۲۰۱۸). به همین منظور از مدل سیستمی بوئن استفاده شد. نظریه بوئن (۱۹۷۸) براساس اصل تمایز‌یافتگی است. بوئن معتقد است علائم اختلال، زمانی ظاهر می‌شود که سطح آشفتگی خلقی و اضطرابی بیمار فراتر از ظرفیت درونی او برای مدیریت آن باشد و فردی که آشفتگی خلقی و اضطراب بیشتری را در روابط بین‌فردی تجربه کند، آسیب‌پذیری بیشتری برای واکنش‌دهی هیجانی و تداوم

1. Dajani & Uddin
 2. Hofmann, Schmeichel, & Baddeley
 3. Goldfried, Pachankis, & Bell
 4. Castonguay et al.
 5. Wiser & Goldfried
 6. Holubova et al.

علائم بیمارگونه دارد. هدف درمانگر بوئی، بهبود تمرکز شخصی، کاهش الگوی واکنش‌دهی هیجانی و اصلاح الگوهای بدکارکردی است. هر سه این مدل‌ها علی‌رغم ساختار و محتوای متفاوتی که دارند، همگی بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای با رویدادهای پسایماری به‌عنوان اصل تغییر درمانی تأکید می‌کنند (هایبیز و همکاران، ۲۰۱۶؛ گروس، ۲۰۱۵؛ موریس و همکاران، ۲۰۱۵؛ مارکوویتس و ویسمن^۱، ۲۰۰۴؛ بوئن^۲، ۱۹۷۸).

در یافته‌ی بعدی این مطالعه، به‌منظور بررسی اندازه‌ی اثر مداخلات درمانی در سطح مقایسه‌ی خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای، نتایج متفاوتی به‌دست آمد. مقیاس راهبردهای مقابله‌ای دارای پنج خرده‌مقیاس راهبرد شناختی، راهبرد هیجانی، راهبرد حل مسئله، راهبرد دریافت حمایت و راهبرد جسمانی است. نتایج نشان داد اندازه‌ی اثر درمان یکپارچه بر خرده‌مقیاس راهبردهای هیجانی بیشتر از سه مداخله‌ی دیگر است. در تبیین این یافته می‌توان به مفروضات جدیدی اشاره کرد که درمان یکپارچه به سه مدل درمانی دیگر اضافه کرده است. مطالعات نشان داد تفسیرهای شناختی در مرحله‌ی حاد افسردگی بیشتر ظاهر می‌شوند؛ درحالی‌که در دوره‌های متعدد، نقش هیجانات پررنگ‌تر است (هامر و آردال، ۲۰۰۹). واتسون و بیدارد (۲۰۰۶)، در مطالعه‌ی خود دریافتند بیماران تحت درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با بیماران با درمان‌های مبتنی بر هیجان، لمس و تجربه‌ی هیجانی ضعیف‌تری دارند. به این ترتیب درمان شناختی به‌عنوان یک درمان استاندارد در برخی موارد مانند مدیریت هیجانات در دوره‌های متعدد بیماری اثربخشی ضعیفی دارد. توجه به هیجانات به‌عنوان متغیر درمانی مستقل و نه وابسته به شناخت، در فرایند پردازش اطلاعات برای تدوین طرح‌های درمانی، ضروری به‌نظر می‌رسد (سیگل و همکاران، ۲۰۱۲). از آنجا که تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های پردازش اطلاعات مانند توجه، حافظه، تفسیر و کنترل شناختی ممکن است بر توانایی افراد در مدیریت هیجانات و تولید راهبرد مقابله‌ای مؤثر تأثیر بگذارد و زمینه‌ی آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و تداوم آن فراهم شود (جورمن و تانوویچ^۳، ۲۰۱۵)، نگاه افراطی به شناخت به‌عنوان مهم‌ترین عامل راه‌انداز راهبردهای مقابله‌ای در فرایند پردازش اطلاعات سبب نادیده‌گرفتن سایر عواملی می‌شود که به‌تنهایی و مستقل از شناخت، پتانسیل تغییر درمانی را دارند (سیگل و همکاران، ۲۰۱۲). یک (۲۰۰۸) اذعان کرد مدل شناختی نیازمند بازنگری است. حجم وسیعی از ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد افراد افسرده در فرایند پردازش اطلاعات به‌طور انتخابی به اطلاعات منفی توجه می‌کنند (گراهک و همکاران^۴، ۲۰۱۸). سوگیری توجه نسبت به محرک‌های منفی موجب آسیب‌پذیری در برابر افزایش خلق منفی در پاسخ به استرس می‌شود. سوگیری توجه در مقابله‌ی نشخواری وجود دارد (کمبل-سیلز و همکاران^۵، ۲۰۰۶). مقابله‌ی نشخواری، استفاده از دیگر راهبردهای مقابله‌ای را مختل می‌سازد (هرتل^۶، ۲۰۰۴). در این خصوص سه فرضیه مطرح شد.

در فرضیه‌ی اول استدلال می‌شود که سوگیری در پردازش اطلاعات می‌تواند باری برای کنترل شناختی باشد. این مسیر به‌صورت الگوی خطی، سوگیری‌های شناختی، مشکلات کنترل شناختی، نارسایی تنظیم هیجان و علائم افسردگی مطرح است. براساس این فرضیه، در افراد افسرده ظرفیت لازم برای تغییر جهت از اطلاعات منفی به اطلاعات مثبت یا اطلاعات غیرهیجانی، به‌روزرسانی مطالب منفی در حافظه‌ی فعال و مهار پردازش محرک‌های منفی درحالی‌که کنترل شناختی مواد غیرهیجانی باید حفظ شود، کاهش می‌یابد. در برخی از مدل‌های قبلی افسردگی نیز قبلاً فرض می‌شد که توجه به اطلاعات هیجانی ممکن است ظرفیت پردازش مؤثر انواع دیگر اطلاعات ارائه‌شده به‌طور هم‌زمان را کاهش دهد (هرتل، ۲۰۰۴).

در فرضیه‌ی دوم مطرح شده است که افراد افسرده با یک نقص کلی در کنترل شناختی مشخص می‌شوند که سوگیری‌های شناختی را تعدیل می‌کنند. در نتیجه موجب ایجاد و حفظ علائم افسردگی می‌شوند؛ برای مثال، مشکلات کنترل شناختی، سوگیری‌های شناختی، مشکلات تنظیم هیجان، علائم افسردگی. این مسیر نشان می‌دهد نقص در کنترل شناختی اولیه به ایجاد

1. Markowitz & Weissman
2. Bowen
3. Joermann & Tanovic
4. Grahek
5. Campbell-Sills
6. Hertel

و حفظ سوگیری‌های شناختی کمک می‌کند که به‌نوبه خود، با تأثیرگذاری بر راهبردهای تنظیم هیجان، علائم افسردگی را تعدیل می‌کنند. این فرضیه در مطالعه اوررت، گراک و کاستر^۱ (۲۰۱۷) تأیید شده است.

فرضیه سوم را ویلالوبوس، پاسیوس و وازکوئیز (۲۰۲۱) مطرح کردند که در آن، نوعی پردازش موقعیتی مطرح است. به این ترتیب که بیماران افسرده به نشخوار رویدادهای منفی با سوگیری توجهی و حافظه خودگزارشی می‌پردازند؛ به‌طوری‌که در فرایند پردازش اطلاعات، امکان تغییر توجه بیمار از جنبه‌های بی‌ربط به جنبه‌های مهم رویدادهای منفی وجود ندارد. منطقی به‌نظر می‌رسد که استدلال شود در بیمارانی که در جداکردن توجه خود از محرک‌های هیجانی، تغییر مسیر فکر، کنترل محتوای حافظه فعال یا حذف افکار ناخوشایند نامربوط مشکل دارند، یک روش تکراری پردازش ممکن است تنظیم آن‌ها را دشوارتر کند. در نتیجه پاسخ‌های هیجانی به تشدید خلق منفی و تأثیرگذاری بر شدت علائم و عود دوره کمک می‌کند (نولن هوکسما، ویسکو و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۸).

در همین راستا سه مطالعه به‌طور مستقیم به بررسی اثربخشی برنامه‌های آموزش تغییر توجه (حواس‌پرتی)، بر کاهش علائم افسردگی، سوگیری توجه و نشخوار بیماران افسرده از طریق میانجی‌گری پردازش انتخابی اطلاعات منفی پرداخته‌اند (ولز و بیورز^۲، ۲۰۱۰؛ برت و همکاران، ۲۰۱۰؛ براونینگ و همکاران^۳، ۲۰۱۲)؛ با این تفاوت که هرکدام از این مطالعات، از محتوای خاص خود در درمان برای رسیدن به این هدف بهره بردند.

در مطالعه اول، پس از مداخله فقط علائم افسردگی و سوگیری توجه کاهش یافتند (ولز و بیورز، ۲۰۱۰). در مطالعه دوم فقط علائم افسردگی آن هم به میزان خفیف کاهش داشتند و سوگیری توجه تغییری نکرد (برت و همکاران، ۲۰۱۰) و در مطالعه سوم، با وجود کاهش علائم افسردگی و سوگیری توجه، بر نشخوار تأثیر زیادی نداشتند (براونینگ و همکاران، ۲۰۱۲)، هر سه مدل بر کاهش علائم افسردگی در کوتاه‌مدت تأثیر معنادارتری داشته‌اند، اما یانگ و همکاران^۴ (۲۰۱۵)، اثربخشی برنامه آموزشی سوگیری توجه را در طولانی‌مدت نیز بررسی کردند. طبق نتایج، اثربخشی این برنامه باز هم فقط بر علائم افسردگی مشاهده شده است. اثربخشی ناکافی مداخلات و برنامه‌های آموزشی درمانی سبب شده تا راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد به‌عنوان یک علامت باقیمانده از بیماری در درمان مشاهده شود و اصلاح آن به یکی از اهداف اصلی درمان بیماران افسرده تبدیل شود (میکل و همکاران^۵، ۲۰۱۳).

در این مطالعه فرضیه چهارمی را مطرح کردیم؛ بدین نحو که ما نیز مانند ویلالوبوس، پاسیوس و وازکوئیز (۲۰۲۱) بر آنیم که سوگیری توجه در فرایند راه‌اندازی مقابله نشخواری نقش مهمی ایفا می‌کند، اما برخلاف این گروه معتقدیم آسیب‌پذیری هیجانی بیماران افسرده، بیش از آسیب‌پذیری شناختی این بیماران، در راه‌اندازی دوره‌های مختلف بیماری و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای منفی و نشخواری نقش دارد. آسیب‌پذیری بیماران افسرده در برابر موقعیت‌های هیجانی در مطالعات مختلف تأیید شده است (کویفمن و سامرز، ۲۰۱۹). مقابله نشخواری به‌عنوان نوعی انعطاف‌ناپذیری هیجانی، تظاهری از نارسایی در فرایند پردازش هیجان‌ات است؛ بنابراین افراد افسرده در حین پردازش رویدادهای منفی پسایماری، بر جنبه‌های هیجانی موقعیت بیش از جنبه‌های شناختی تمرکز می‌کنند و گرایش به نشخوار هیجان به‌جای نشخوار فکر یا تصاویر ذهنی وجود دارد (نولن هوکسما، ویسکو و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۸). در این حالت ارزیابی شناختی بیمار از رویداد منفی غیرفعال و ارزیابی هیجانی رویداد، منبعی برای تولید راهبرد مقابله‌ای تلقی می‌شود. گویی بیمار در یک حالت غرق‌شدگی/مسحورشدگی هیجانی یا مسخ هیجانی قرار می‌گیرد که سطح هشیاری شناختی کاهش یافته و منبع غالب در تولید پاسخ، هیجان برخاسته از موقعیت است. فرم کلاسیک نشخوار در ادبیات پژوهش نشخوار فکری است (کوواکس و همکاران^۶، ۲۰۲۰)، اما شاید بتوان به فرم دیگری از نشخوار به نام «نشخوار

1. Everaert, Grahek, & Koster
2. Wells & Beevers
3. Browning et al.
4. Yang et al.
5. Michl et al.
6. Kovacs et al.

هیجانی» اشاره کرد که هنوز شناخته و ارزیابی نشده است.

براساس فرضیه چهارم، بیماران افسرده در هنگام رویارویی با رویدادهای منفی، آن قدر در هیجان منفی ناشی از رویداد غرق می‌شوند که گویی فرایند پردازش اطلاعات موقعیتی برای تولید راهبردهای مقابله‌ای، در حالت انفعال یا ازکارافتادگی قرار می‌گیرد که با استیصال و سردرگمی بیمار خودنمایی می‌کند. در این شرایط، بیمار مقابله نشخواری را نه براساس انتخاب آگاهانه، بلکه نوعی راهبرد مقابله‌ای خودکار منفی تجربه می‌کند که برخاسته از هیجان شدت‌یافته در موقعیت است. این مفهوم همان انعطاف‌ناپذیری هیجانی است؛ درحالی‌که انعطاف‌پذیری، ظرفیت صحیح پاسخ‌دهی مستلزم تغییر دائم و داوطلبانه توجه و تمرکز بر تمام جنبه‌های رویدادهای منفی و انتخاب آزادانه و آگاهانه راهبردهای مقابله‌ای است (استنچ، آلوی و فرسکو، ۲۰۱۷).

براساس فرضیه ما می‌توان گفت بیماران افسرده در هنگام رویارویی با رویدادهای منفی، دو مسیر مختلف در سوگیری توجهی را طی می‌کنند: یکی سوگیری توجهی به معنای شناخت رویداد منفی که در گذشته توسط محققان مختلف با عنوان «نشخوار فکری» مطرح شده است و دیگری سوگیری توجهی به هیجان برخاسته از رویداد منفی که شاید بتوان عنوان «نشخوار هیجانی» را برایش مطرح کرد. در مفروضات قبلی نشخوار فکری، بیمار محو یا غرق در موقعیت آزاردهنده و جنبه‌های مربوط یا نامربوط آن می‌شود و تلاش بر آن است که این توجه تغییر کند. اما در مسیر دوم بنظرمی‌رسد هیجان برخاسته از موقعیت، آن قدر توجه فرد را به خود جلب می‌کند و فرد غرق آن می‌شود که دیگر به رویداد مورد نظر و جنبه‌های آن توجهی نمی‌کند. به این ترتیب هرگونه تلاش برای تغییر توجه در رویداد مورد نظر، نتیجه‌ای باطل ایجاد می‌کند که مداخله نیز نمی‌تواند پاسخگوی آن باشد. فرضیه ما در خصوص نارسایی بیماران افسرده در پردازش هیجانی رویدادهای منفی شبیه به مدل تیزدل (۱۹۸۸) است؛ با این تفاوت که تیزدل در نظریه پردازش هیجانی، با وجود تأکید بر هیجان‌ات به‌عنوان یکی از منابع هدایت‌کننده فرایند پردازش اطلاعات، درنهایت هیجان‌ات را به نفع معنای ضمنی حافظه تقلیل می‌دهد. او پردازش شناختی را عامل مداخله‌گر و تأثیرگذار بر پردازش هیجانی موقعیت‌ها می‌پندارد و فقط زمانی هیجان‌ات را منبع غالب در پردازش اطلاعات می‌داند که سطح ضمنی حافظه برای ادغام اطلاعات جدید در اطلاعات قدیمی فعال شود. درک چگونگی پردازش هیجانی در بیماران افسرده، فقط از کانال یا فیلتر شناختی، همان خطایی است که سبب شده تا درمان شناختی در مدیریت هیجانی و نشخواری بیماران اثربخشی ضعیفی داشته باشد تا اینکه بک (۲۰۰۸) عنوان کرد در درمان شناختی باید تجدیدنظر شود.

یافته آخر این مطالعه، عدم اثربخشی هر چهار مداخله پس از گذشت سه ماه از اتمام مداخلات است. در تبیین این یافته می‌توان به عوامل مختلفی اشاره کرد که یکی از آنها نداشتن اطلاعات کافی درمورد نحوه عملکرد مداخلات درمانی است. نشان‌دادن نحوه عملکرد یک درمان، بسیار پیچیده‌تر از عوامل مشترک درمانی است. برخلاف عوامل مشترک، اطلاعات کمی درمورد نحوه عملکرد روان‌درمانی‌ها یا مکانیسم‌های تغییر آنها وجود دارد. اگرچه انواع مختلفی از درمان وجود دارد و بیشتر درمان‌ها با توضیح نظری روشنی درمورد چگونگی تغییر درمان در بیمار ایجاد شده است، دانش علمی واقعی درمورد این مکانیسم‌ها محدود است. این ناآگاهی به دیدگاه‌ها و مدل‌های متفاوتی از نحوه عملکرد درمان‌ها منجر شده است که حمایت تجربی کافی دریافت نکرده‌اند (کازدین^۲، ۲۰۰۷). بابل و همکاران^۳ (۲۰۱۶) اشاره کردند درک پیچیدگی انسان، عنصری کلیدی در طراحی مداخلات درمانی است. بیمار در مداخلات درمانی مختلف درنهایت راهی برای مواجهه با مشکلات پیدا می‌کند، اما کافی نیست و نیاز است تا مداخله‌ای طراحی شود که با شرایط و نیازهای فردی و مشترک بیماران هماهنگ باشد و نه با جریان نظری برخاسته از آن. مطالعات نشان دادند اجرای بسته‌های درمانی جامع در اولین دوره بیماری می‌تواند در پیشگیری از وقوع دوره‌های بعدی بیماری مؤثر باشد. همچنین بهبودی در دوره‌های اولیه می‌تواند رویارویی فرد با رویدادهای منفی پسایماری را بهبود بخشد. اینکه در این مطالعه بیماران افسرده در کدام دوره از بیماری خود قرار دارند می‌تواند توجیهی بر عدم اثربخشی این بسته در طولانی‌مدت باشد. مطالعات نشان دادند وقوع رویدادهای منفی زندگی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای اولین دوره اختلال

1. Stange, Alloy, & Fresco
2. Kazdin
3. Babl et al.

افسردگی اساسی نسبت به دوره‌های بعدی است (کندلر، تورنتون و گاردنر^۱، ۲۰۰۰)، اما عدم اثربخشی طولانی‌مدت مداخلات در این مطالعه را نیز با این یافته می‌توان تبیین کرد که در دوره‌های بعدی بیماری، شدت دوره‌ها و تعامل بین خلق افسرده و تفکر منفی تعیین‌کننده فرجام درمان محسوب می‌شود که در مطالعه (لوینسون و همکاران^۲، ۱۹۹۹) تأیید شده است.

در بسته درمان یکپارچه مطالعه حاضر، علل اصلی نارسایی در فرایند پردازش اطلاعات موقعیتی، براساس مفهوم نشخوار هیجانی به‌عنوان مانع انتخاب سالم و آگاهانه راهبردهای مقابله‌ای و تداوم علائم افسردگی توصیف شده است. بیماران افسرده برخلاف تصور، دارای مهارت سازگاری هستند؛ هرچند این راهبردها تعدادشان زیاد نیست (هولوبوا و همکاران، ۲۰۱۸). به بیانی دیگر می‌توان گفت بیماران افسرده از توانایی سازگاری برخوردارند، اما موانعی وجود دارند که امکان دستیابی فرد به این توانایی را نمی‌دهند؛ موانعی که ناشناخته مانده‌اند و بیمار را به نوعی درمانده می‌کنند. از آنجا که نیازهای فردی بیماران تنوع بسیاری دارند و طی زمان تغییر می‌کنند، همچنان مدل‌های یکپارچه نتوانسته‌اند در شناسایی نیازهای مشابه، عوامل شکل‌دهنده یا تداوم‌دهنده اختلال‌ها در طیف خاصی از بیماران به نظریه واحدی برسند؛ بنابراین اگر در مطالعه‌ای این مدل‌ها کار شده‌اند، قطعاً ویژگی‌های خود را دارند و با مطالعه دیگر از نظر محتوا و مفهوم‌بندی متفاوت خواهند بود. این مورد، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. از سوی دیگر به دلیل آنکه زنان در رویارویی با رویدادهای منفی پسایماری آشفستگی هیجانی بین‌فردی بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند و از مقابله نشخواری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین گزینه‌های انتخابی در کنارآمدن با این رویدادها بهره می‌برند (کندلر، کان و پرسکات^۳، ۲۰۰۴؛ نولن هوکسما و جکسون، ۲۰۰۱)، در این مطالعه زنان گروه نمونه را تشکیل دادند. به این ترتیب تعمیم یافته‌ها به جمعیت بیماران افسرده باید با احتیاط صورت گیرد و پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی به بررسی تفاوت‌های جنسیتی پرداخته شود. درعین حال به دلیل محدودیت زمانی در اجرای مطالعه، عدم تفکیک سطوح هیجان‌پذیری و نشخوار هیجانی بیماران افسرده براساس شدت علائم بیماری و عدم تعیین تعداد دوره‌های بیماری در شرکت‌کنندگان که به نظر نقش تعیین‌کننده‌ای در اثربخشی طولانی‌مدت درمان دارد، یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به این تمایز پرداخته شود و اثربخشی بسته یکپارچه بر گروه‌های مختلف بیماران افسرده اساسی اجرا شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

در حفظ ملاحظات اخلاقی، انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها در گروه‌ها بدون هرگونه سوگیری بود و همگی از شناس یکسان برخوردار بودند. درعین حال این انتخاب به آزمودنی‌ها داده شد تا در صورت بروز هر نوع مشکل، هر زمان که تمایل داشتند مطالعه را ترک کنند. شرکت آزمودنی‌ها در مطالعه، با انتخاب خودشان و پس از بیان اهداف مطالعه و دادن رضایت کتبی صورت گرفت. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که هم مشکلات فردی، خانوادگی یا روانی آن‌ها و هم نتایج اولیه و نهایی مطالعه محرمانه خواهد ماند.

۶. سپاسگزاری

از دکتر جان نورکراس، سرپرست گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه اسکرانتون امریکا، به دلیل راهنمایی‌های مفید و ارزشمندشان و همچنین از مدیریت محترم مرکز درمانی آتیه و تمامی همکارانی که در اجرای این مطالعه کمال همکاری را داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

حسینی قدمگاهی، ج.، دزکام، م.، بیان‌زاده، ا.، و فیض، ا. (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۴(۱)، ۲۵-۱۴.

1. Kendler, Thornton, & Gardner
2. Lewinsohn et al.
3. Kendler, Kuhn, & Prescott

دابسون، ا. ک.، محمدخانی، پ.، و مساح چولابی، ا. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *مجله توان‌بخشی*. ۱۸(۳۹)، ۸۶-۸۰.

دلاور، ع. (۱۳۸۰). *میانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد.

فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. ک.، و دابسون، ک. ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذار طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۱(۳)، ۳۲۶-۳۱۲.

ونتلینگ، ت. ال. (۱۳۷۵). *برنامه‌ریزی آموزشی اثربخش*. ترجمه محمد چیذری. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- attentional bias modification as a cognitive vaccine against depression. *Biological Psychiatry*. 72(14), 572-579. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.04.014>
- Babl, A., Holtforth, M., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T. y Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT- based approach: a study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1136-7>
- Baert, S., De Raedt, R., Schacht, R., & Koster, E. H. W. (2010). Attentional bias training in depression: therapeutic effects depend on depression severity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 41(3), 265-274. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.02.004>
- Beck, A. T. (1967). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International University Press.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: current, status and future directions. *The Annual Review of Medicine*, 62, 397-409. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory-II* [Database record]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bell, C. M., Ridley, J. A., Overholser, J. C., Young, K., Athey, A., Lehmann, J., & Phillips, K. (2018). The Role of perceived burden and social support in suicide and depression. *Suicide Life Threat Behav*, 48(1), 87-94. <https://doi.org/10.1111/sltb.12327>
- Billings A. G., & Moos R. H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.46.4.877>
- Boswell, J. F., Nelson, D. L., Nordberg, S. S., McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2010). Competency in integrative psychotherapy: Perspectives on training and supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/a0018848>
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson
- Browning, M., Holmes, E. A., Charles, M., Cowen, P. J., & Harmer, C. J. (2012). Using
- Buckman, J. E. J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S. D., Fearon, P., & Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*, 64, 13-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.005>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587-595. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. Ch., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: building on the past, looking to the future, *Psychotherapy Research*,

- 25(3), 365-382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Chow, K. W., & Lo, B. C. (2017). Parental factors associated with rumination related metacognitive beliefs in adolescence. *Frontiers in Psychology*, 8, 536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00536>
- Coifman, K. G., & Summers, C. B. (2019). Understanding emotion inflexibility in risk for affective disease: integrating current research and finding a path forward. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00392>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>
- Dajani, D. R., & Uddin, L. Q. (2015). Demystifying cognitive flexibility: implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends Neurosciences*, 38(9), 571–578. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003>
- Delawar, A. (2001). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publications.
- Dobson, K. S., Mohammadkhani, P., & Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of beck depression inventory-ii in patients with major depressive disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation in Mental Disorders*, 8, 80-86. (In Persian)
- Everaert, J., Grahek, I., & Koster, E. H. W. (2017). Individual differences in cognitive control over emotional material modulate cognitive biases linked to depressive symptoms. *Cognitive Emotion*, 31(4), 736–746. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1144562>
- Fata, L., Birashk, B., Atef-vahid, K., & Dobson, K. (2005). Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparison of two conceptual framework. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 11(3), 312-326. (In Persian)
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O’Keeffe, S., Constantinou, M. P., Wurman, T. V., ... & Pilling, S. (2019). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression: A pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine*, 50(6), 1010-1019. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000928>
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Goldfried, M. R., Pachankis, J. E., & Bell, A. C. (2005). *A history of psychotherapy integration*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Grahek, I., Everaert, J., Krebs, R. M., & Koster, E. H. W. (2018). Cognitive control in depression: toward clinical models informed by cognitive neuroscience. *Clinical Psychological Science*, 21(67), 1–17. <https://doi.org/10.1177/2167702618758969>
- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change. The moment by moment process*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Hammar, A., & Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression - a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 26. <https://doi.org/10.3389/neuro.09.026.2009>
- Heffer, T., & Willoughby, T. (2017). A count of coping strategies: A longitudinal study investigating an alternative method to understanding coping and adjustment. *PLOS ONE*, 12(10), e0186057. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186057>
- Hertel, P. (2004). Memory for emotional and nonemotional events in depression: a question of habit? In *Memory and Emotion*, Eds. D. Reisberg, & P. Hertel (186-216). New York, NY: Oxford University Press.
- Hertel, P. T., & Mathews, A. (2011). Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 521-536.

- <https://doi.org/10.1177/1745691611421205>
- Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). Executive functions and self regulation. *Trends Cognitive Science*, 16(3), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.01.006>
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Grambal, A., Slepecky, M., Marackova, M., Kamaradova, D., & Zatkova, M. (2018). Quality of life and coping strategies of outpatients with a depressive disorder in maintenance therapy – a cross-sectional study, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 73–82. <https://doi.org/10.2147/NDT.S153115>.
- Hosseini Kadangahi, J., Dezhkam, M., Bayanzadeh, A., & Faiz, A. (1997). The quality of social relationships, the amount of stress and coping strategies in cardiovascular patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(1), 14-25.
- Hsu, K. J., Caffey, K., Pisner, D., Shumake, J., Risom, S., Ray, K. L., & Beevers, C. G. (2018). Attentional bias modification treatment for depression: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*. 75, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.10.014>
- Huibers, M. J. H., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., & DeRubeis, R. J. (2016). Correction: Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *PLOS ONE*, 11(2), 0148835. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148835>
- Hyde, J. S. & Mezulis, A.H. (2020). Gender differences in depression: biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(1), 4-13. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000230>
- Jones, E. B., & Sharpe, L. (2017). Cognitive bias modification: a review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 223, 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.034>
- Joormann, J., & Tanovic, E. (2015). Cognitive vulnerability to depression: Examining cognitive control and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 4, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.006>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-1251. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1243>
- Kendler, K., Kuhn, J., & Prescott, C. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34(8), 1475-1482. <https://doi.org/10.1017/s003329170400265x>
- Kovacs, L. N., Takacs, Z. K., Toth, Z. O., Simon, E., Schmelowszky, A., & Okonyei, G. K. (2020). Rumination in Major Depressive and Bipolar Disorder – a Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1131-1141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.131>
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2012). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S. D., Roefs, A., & Huibers, M. J. H. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(10), 2095–2110. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000033>
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483-489. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.3.483>
- Liu, D. Y., & Thompson, R. J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 57, 183–194. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.004>
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(3), 136–139.

- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*, 3(11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 339–352. <https://doi.org/10.1037/a0031994>
- Min, J. A., Lee, N. B., Lee, C. U., Lee, C., & Chae, J. H. (2012). Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.026>
- Morris, M. C., Evans, L. D., Rao, U., & Garber, J. (2015). Executive function moderates the relation between coping and depressive symptoms. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(1), 31–49. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.925545>
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in Rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25(3), 37–47.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontier in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Orzechowska, A., Zajączkowska, M., Talarowska, M., & Galecki, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Medical Science Monitor*, 19, 1050–1056. <https://doi.org/10.12659/MSM.889778>
- Preston, J. (2003). *Integrative brief therapy: Cognitive, psychodynamic, humanistic, and neurobehavioral approaches* (Vol. 2). Impact Publishers.
- psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 892–895. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.5.892>
- Qualls, S. H., & Edwards, L. (2019). *Family systems therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Rodríguez-Alejo, D. I., Cisneros-Ramos, M. C., & Robles-Cedeño, L. A. (2018). Integrative psychotherapy in a case of persistent depressive disorder. *Electronic Journal of Psychology Iztacala*, 21(1), 355-385.
- Sarokhani, D., Parvareh, M., Hasanpour Dehkordi, A., Sayehmiri, K., & Moghimbeigi, A. (2018). Prevalence of Depression among Iranian Elderly: Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Psychiatry*, 13(1), 55-64.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 11(9), 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>.
- Siegle, G. J., Thompson, W. K., Collier, A., Berman, S. R., Feldmiller, J., Thase, M. E., & Friedman, E. S. (2012). Toward clinically useful neuroimaging in depression treatment: Prognostic utility of subgenual cingulate activity for determining depression outcome in cognitive therapy across studies, scanners, and patient characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 69(9), 913-924. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.65>
- Stange, J. P., Alloy, L. B., & Fresco, D. M. (2017). Inflexibility as a vulnerability to depression: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 245–276. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12201>
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, 2(3), 247-274. <https://doi.org/10.1080/02699938808410927>
- Van Rijn, B. Y., & Wild, C. (2013). Humanistic and integrative therapies for anxiety and depression: practice-based evaluation of transactional analysis, gestalt, and integrative psychotherapies and person-centered counseling. *Transactional Analysis Journal*. 43(2), 150-163. <https://doi.org/10.1177/0362153713499545>
- Ventling, T. L. (1995). *Effective Educational Planning*. Translated by M. Chizari. Tehran: Tarbiat

- Modares University. (In Persian)
- Villalobos, D., Pacios, J., & Vázquez, C. (2021). Cognitive control, cognitive biases and emotion regulation in depression: A new proposal for an integrative interplay model. *Frontier in Psychology, 12*, 628416. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628416>
- Wante, L., Mueller, S. C. D., Emeyer, I., Naets, T., & Braet, C. (2017). Internal shifting impairments in response to emotional information in dysphoric adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 57*, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.04.002>
- Watson, J. C., & Bedard, D. L. (2006). Clients' Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 152–159. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.152>
- Wells, T. T., & Beevers, C. G. (2010). Biased attention and dysphoria: manipulating selective attention reduces subsequent depressive symptoms. *Cognition & Emotion, 24*(26), 719-728. <https://doi.org/10.1080/02699930802652388>
- Wiser, S. L., & Goldfried, M. R. (1993). Comparative study of emotional experiencing in
- World Health Organization. (2013). *Mental health: suicide prevention (SUPRE)*. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
- Yang, W., Ding, Z. H., Dai, T., Peng, F., Zhang, J. X. (2015). Attention bias modification training in individuals with depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49*(10), 101-111. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.08.005>
- Yang, Y., Cao, S., Shields, G. S., Teng, Z., & Liu, Y. (2017). The relationships between rumination and core executive functions: a meta-analysis. *Depression and Anxiety, 34*(10), 37–50. <https://doi.org/10.1002/da.22539>