

کارآیی مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره خانواده مبتنی بر دل‌بستگی در بهبود علائم افسردگی در نوجوانان دختر افسرده

بنفشه امیدوار^۱، فاطمه بهرامی خوندابی*^۲، مریم فاتحی زاده^۲، عدرا اعتمادی^۲، احمد غنی زاده^۲

چکیده

هدف از این تحقیق اینست که با تلفیقی از درمان شناختی رفتاری و خانواده درمانی مبتنی بر دل‌بستگی، علائم افسردگی را در نوجوانان دختر افسرده بهبود بخشد. به این منظور ۴۰ نفر از نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال که نمره آنها در مقیاس افسردگی کودکان (CDI)، $1/5$ انحراف معیار بالاتر از میانگین قرار داشتند و در آزمون تشخیصی K-SADS نیز دارای اختلالات افسردگی بودند انتخاب شدند و در نهایت با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و ملاک‌های خروج در نظر گرفته شده، در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش عبارت بودند از: مشاوره خانواده، مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره تلفیقی. نتایج نشان داد که هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری اول، هر سه نوع درمان توانسته است در کاهش علائم افسردگی $P \leq 0/0001$ در آزمودنی‌ها موثر باشد. اما در مرحله پیگیری دوم در حیطه کاهش علائم افسردگی، بین گروه مشاوره خانواده و گروه مشاوره تلفیقی ($P=0/005$)، و همچنین بین گروه مشاوره شناختی رفتاری و گروه مشاوره تلفیقی ($P=0/010$) تفاوت معنادار وجود داشت. هم‌چنین بین هر یک از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، نیز تفاوت معنادار وجود داشت ($P \leq 0/001$). نتایج نشان دهنده تأثیرات بلندمدت تر مشاوره تلفیقی نسبت به روش‌های دیگر است.

واژه‌های کلیدی: دل‌بستگی، افسردگی

^۱ - دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، ایران

^۲ - اعضای هیات علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، ایران

* - نویسنده مسوول مقاله: f.bahrami26@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی به عنوان دریچه‌ای رو به فرصت‌ها و چالش‌های جدید در دوران رشد انسان، در نظر گرفته می‌شود. این تغییرات چالش برانگیز آنچنان سریع اتفاق می‌افتد که در صورتی که نوجوان نتواند به طور مؤثری با آنها برخورد کند، منجر به شروع و یا تشدید پاره‌ای مشکلات روانشناختی در وی می‌گردد از قبیل: افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن، رفتارهای ضد اجتماعی و غیره. افسردگی یکی از شایعترین و ناتوان کننده ترین اختلالات روانشناختی در دوران نوجوانی (فلمینگ و آفورد^۱، ۱۹۹۰). در حقیقت افسردگی با شروع زودرس پدیده ای گذرا نیست و این اختلال در صورت عدم مداخلات درمانی مورد نیاز، تداوم یافته و اثرات مخربی بجای خواهد گذاشت. افسردگی در نوجوانان با عواملی تأثیرگذار همبسته است از قبیل: دلبستگی ناایمن^۲ و بازنمودهای منفی از والدین^۳ (میلن و لانکاستر^۴، ۲۰۰۱). در حقیقت نوجوانان در این دوران با تنگنای دلبستگی مواجه می‌شوند: یعنی برقراری روابط دلبسته ایمن^۵ با گروه همسال، در کنار تداوم روابط دلبسته ایمن با والدین (جانسون و ویفن^۶، ۲۰۰۳). اینثورت^۷ (۱۹۸۹) کیفیت روابط با افراد مهم یا پیوندهای عاطفی بادوام با شدت قابل توجه، با دیگران مهم (والدین و همسالان) را، پیوندهای دلبستگی^۸ می‌نامد. اگر والدین در ایجاد روابط دلبستگی ایمن با نوجوان موفق باشند، این حس را در او ایجاد می‌کنند که فردی مستحق عشق و دوست داشته شدن است، دنیا محیطی قابل اعتماد، قابل پیش بینی است و والدین به خصوص در شرایط دشوار منبعی از امنیت و آرامش برای فرد هستند (بوپست، دکوویک، مویس، و ون اکن^۹، ۲۰۰۴). برعکس، در نتیجه روابط دلبسته ناایمن با والدین، نوجوان خود را فردی غیر دوست داشتنی و محیط پیرامونش را غیر قابل اعتماد، غیر قابل پیش بینی و یا حتی خصومت آمیز تلقی می‌کند (میکولینسر، شاور، و پرگ^{۱۰}، ۲۰۰۳). کیفیت پایین دلبستگی مرتبط است با دیدگاه از خود بعنوان فردی غیردوست داشتنی که منجر می‌شود به رابطه منفی بین دلبستگی و مشکلات رفتاری درونی سازی از قبیل افسردگی (الن، مور، کوپرمینک، و بل^{۱۱}، ۱۹۹۸).

1- Fleming & Offord

2-insecure attachment

3-negative parental representations

4- Milne, & Lancaster

5-secure attachment relationship

6- Johnson & Whiffen

7- Ainsworth

8-attachment bonds

9- Buist, Dekovic, Meeus, & Van Aken

10- Mikulincer, Shaver, & Pereg

11- Allen, Moore, Kuperminc, & Bell

درمان‌ها: در بین درمان‌های افسردگی، درمان شناختی-رفتاری^۱ یک درمان با ساختار و شناخته شده است که به افراد کمک می‌کند تا مشکلاتشان را از دیدگاه درک افکار، اعتقادات و بویژه افکار منفی دنبال کنند و درک کنند که چگونه احساسات و رفتار با هم مرتبطند. مطالعات متعدد اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را بر روی افسردگی نوجوانان نشان داده‌اند. اما باید این نکته را نیز مدنظر قرار داد که گاه نیز افکار خودکار و شناخت‌های منفی موجود در افسردگی در کنار ارتباطات فردی ناکارآمد با دیگران مهم (بویژه والدین) وضعیت بغرنجی را برای فرد بوجود می‌آورد. بدین ترتیب با وجودی که نوجوان در جلسات درمانی شناختی رفتاری یکسری مهارت‌های ضروری برای مقابله با افسردگی را می‌آموزد اما با بازگشت مجدد به بافت خانواده و بروز مجدد رفتارهای تعاملی ناکارآمد بین نوجوان و والدین احتمال عود افسردگی مجدداً افزایش می‌یابد. بنابراین پژوهشگران اخیراً به نقش خانواده و بطور اخص والدین، در درمان اختلالات روانی نوجوانان توجه ویژه‌ای مبذول داشته‌اند. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر خانواده بنظر می‌رسد که در بهبود علائم افسردگی و نیز رویهم رفته عملکرد کلی مؤثر است (بارت، دادس، راپی، رایان^۲، ۱۹۹۶). خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی^۳ (دیاموند، سیکولند، و دیاموند^۴، ۲۰۰۳) یک شیوه درمانی کوتاه مدت و نیمه ساختار یافته متمرکز بر رابطه است که که ویژه نوجوانان افسرده طراحی شده است و روابط والد-نوجوان را هدف قرار می‌دهد. در حقیقت این شیوه درمانی از طریق تسهیل مذاکرات بین والد و نوجوان در مورد تعارضات تعاملیشان، سعی در ترمیم پیوندهای دلبستگی بین والد و نوجوان دارد. چارچوب تئوریک این شیوه درمانی بر اساس نظریه دلبستگی و مبنای بالینی آن بر اساس خانواده درمانی ساختاری^۵ (مینوچین^۶، ۱۹۷۴، به نقل از دیاموند، سیکولند، و دیاموند^۷، ۲۰۰۳) و خانواده درمانی چندبعدی (لیدل^۸، ۱۹۹۹، به نقل از دیاموند، سیکولند، و دیاموند^۹، ۲۰۰۳) است. فرضیه زیربنایی این رویکرد این است که تعاملات اعضای خانواده می‌تواند در مواردی که جراحات دلبستگی وجود دارد، عملکرد ترمیمی داشته باشد.

این تحقیق در صدد است تا با تلفیقی از درمان شناختی-رفتاری فردی و مشاوره خانواده مبتنی بر دلبستگی، اثرات سودمند درمانی را قدرت و تداوم بخشد.

1- cognitive-behavioural therapy

2- Barrett, Dadds, Rapee, & Ryan

3-attachment-based family therapy

4- Diamond, Siqueland, & Diamond

5-Structural family therapy

6- Minuchin

7- Diamond, Siqueland, & Diamond

8- Liddle

9- Diamond, Siqueland, & Diamond

روش

به منظور بررسی اثرات درمان، سه شیوه درمانی در این تحقیق مدنظر قرار داده شد. مشاوره شناختی رفتاری (CBT)، مشاوره خانواده مبتنی بر دلبستگی (ABFT)، مشاوره تلفیقی (مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره خانواده مبتنی بر دلبستگی (ABFT+CBT)). خلاصه ساختار جلسات مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره خانواده مبتنی بر دلبستگی به ترتیب در جداول ۱ و ۲ آمده است. توضیحات مربوط به درمان تلفیقی نیز در ادامه آمده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات مشاوره شناختی رفتاری فردی

جلسه	معارفه	عنوان: جلسه ملاقات (درمانگر، نوجوان، والد/والدین)
		محتوای جلسه: معرفی درمانگر، توضیح در مورد هدف از جلسات مشاوره، اصل محرمانه بودن جلسات و ماهیت ارتباط با والدین در صورت لزوم، تعیین زمان و روز جلسات مشاوره، شماره‌های تماس ضروری، پاسخ به سؤالات احتمالی نوجوان و والد/والدین، تقویت والدین برای حمایت از نوجوان و توجه به سلامت روان وی، تأکید بر اهمیت تکمیل کاربرگ‌ها توسط نوجوان.
جلسه اول		عنوان: چگونه افکار بر خلق تأثیر می‌گذارند؟ محتوای جلسه: تشویق نوجوان برای ابراز برخی اطلاعات شخصی، پرسش در مورد مشکل/مشکلات اصلی، معرفی روش مشاوره شناختی رفتاری، افسردگی چیست؟ علائم افسردگی چیست؟ چگونه افکار بر خلق ما تأثیر گذارند؟ توضیح در مورد هدف کلی از جلسات مشاوره، بحث در مورد کاربرگ (دماسنج خلقی ^۱)، تشویق نوجوان به تکمیل کاربرگ‌ها.
جلسه دوم		عنوان: چگونه افکار بر خلق تأثیر می‌گذارند؟ محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، افکار چیستند؟ تأثیر افکار بر روی خلیقات، نحوه تفکر افراد افسرده، نحوه تفکر افراد غیرافسرده، آموزش تعیین انواع متفاوت افکار ناکارآمد. کاربرگ: دماسنج خلقی، تعیین افکار ناکارآمد.
جلسه سوم		عنوان: تغییر خلق با استفاده از تغییر افکار مرور مفاهیم قبلی، افزایش افکار بهبود دهنده خلق، کاهش افکار آسیب رسان به خلق، مربی خود بودن.
جلسه چهارم		کاربرگ: دماسنج خلق، فهرست افکار مثبت و منفی، تمرین راهبردهای مورد بحث در حیطه افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی. عنوان: چگونه افکار بر خلق تأثیر می‌گذارند؟ مرور مفاهیم قبلی، مناظره در مورد افکار منفی نوجوان (روش A-B-C-D ^۲)، تمرین با استفاده از روش A-B-C-D، افکاری که منجر به احساس افسردگی می‌شوند.

^۱- mood thermometer

^۲- Activating, Belief, Consequences, Dispute

- کاربرگ: دماسنج خلقی، فهرست افکار مثبت و منفی، استفاده از شیوه A-B-C-D برای مورد مناظره قرار دادن افکار منفی.
- جلسه پنجم
عنوان: چگونه فعالیت‌ها بر خلق تأثیر می‌گذارند؟
محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، فعالیت‌های مؤثر بر خلق، فعالیت‌های خوشایند و تهیه فهرستی از آنها، موانع موجود بر سر راه انجام فعالیت‌های خوشایند.
کاربرگ: دماسنج خلقی، تهیه فهرست فعالیت‌های خوشایند.
- جلسه ششم
عنوان: چگونه فعالیت‌ها بر خلق تأثیر می‌گذارند؟
محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، تأثیر فعالیت‌های خوشایند بر خلق، میزان فعالیت‌های خوشایند، برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های خوشایند، فعالیت‌های خوشایند کم هزینه، پیش بینی مشکلات احتمالی.
- کاربرگ: دماسنج خلقی، فهرست فعالیت‌های خوشایند، برنامه فعالیت‌های هفتگی، قرار داد شخصی، میزان لذت از فعالیت‌های خوشایند.
- جلسه هفتم
عنوان: چگونه فعالیت‌ها بر خلق تأثیر می‌گذارند؟
محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، اهداف چه هستند؟ انواع اهداف، تعیین اهداف نوجوان، تعیین اهداف به طور عینی و واضح، شکستن اهداف بزرگ به اهداف کوچکتر، تنظیم اهداف واقع بینانه، موانع رسیدن به اهداف، تغییر اهداف، کمک به غلبه بر افسردگی.
کاربرگ: دماسنج خلقی، برنامه فعالیت هفتگی، مدیریت زمان.
- جلسه هشتم
عنوان: چگونه فعالیت‌ها بر خلق تأثیر می‌گذارند؟
محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، مدیریت مطلوب واقعیت در زمان افسردگی، دنیای ذهنی و دنیای عینی و آموزش نحوه مدیریت آنها، میزان کنترل دنیای ذهنی و دنیای عینی، راه‌های احساس کنترل بیش‌تر و احساس افسردگی کمتر، ساختن دنیای ذهنی و عینی سالم.
- کاربرگ: دماسنج خلقی، برنامه فعالیت‌های هفتگی.
- جلسه نهم
عنوان: چگونه ارتباطات بر خلق تأثیر می‌گذارند؟
محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، تأثیر روابط با دیگران بر خلق، تأثیرات متقابل میزان اجتماعی بودن و افسردگی، اهمیت حمایت اجتماعی، بررسی شبکه حمایت اجتماعی نوجوان، اصول مهم در حیطه ارتباطات اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی سالم، چگونگی ملاقات با افراد، چگونگی ایجاد و حفظ روابط سالم.
- کاربرگ: دماسنج خلقی، برنامه فعالیت‌های هفتگی.
- جلسه دهم
عنوان: چگونه ارتباطات بر خلق تأثیر می‌گذارند؟
محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، سه حیطه مهم در حیطه بهبود خلق، افکار و خلقیات فرد در زمان تنها بودن، گذران وقت با دیگران، مرور.
کاربرگ: دماسنج خلقی.
- جلسه یازدهم
عنوان جلسه: مرور مفاهیم قبلی، بررسی افکار، احساسات، و فعالیت‌های مرتبط با مشکلات بین فردی نوجوان، آموزش جرأت‌ورزی، مهارت‌های ارتباطی، تصمیم به تغییر.
کاربرگ: دماسنج خلقی، تمرین جرأت‌ورزی.

جلسه دوازدهم عنوان: چگونه ارتباطات بر خلق تأثیر می گذارند؟
 محتوای جلسه: مرور مفاهیم قبلی، اهمیت ارتباط با افراد مهم در زندگی فرد، تداوم ارتباطات سالم با دیگران، نقش ارتباطات در بهبود زندگی، اقدامات انتهایی درمان.

جدول ۲، خلاصه فرایند جلسات مشاوره خانواده مبتنی بر دلبستگی.

تکلیف ۱:	هدف: فراهم آوردن تعریفی از مشکل بگونه ای که: سرزنش و انتقاد از والدین کاهش یابد، حمایت و توجه والدین افزایش یابد (بعنوان مثال او فرزند بدی نیست بلکه ناراحت است)، مسئولیت تغییر بر عهده همه اعضاء خانواده گذاشته شود.
جلسات ۱-۲	روند کلی جلسه: (۳۰ دقیقه اول) جهت گیری (تنظیم دستورالعمل درمان)، الحاق، تعریف مشکل، جمع آوری اطلاعات.
تکلیف ۲:	شناخت گسیختگی‌های ارتباطی، شناخت پیامدهای گسیختگی ارتباطی، عمیق کردن عاطفه، تعیین تمایل به تغییر، قرار درمانی برای تغییر.
ایجاد اتحاد با نوجوان	هدف: نوجوان تصدیق کند که ناراحت است، تمایزش را برای تغییر اظهار نماید، و موافقت نماید که به تعارضات موجود با والدینش اشاره کند.
جلسات ۳-۵	روند کلی جلسه: بحث در مورد افسردگی، برجسته کردن تمایل به تغییر، بررسی تلاش‌های گذشته برای تغییر، کمک به نوجوان برای اعتماد به درمانگر، بررسی سهم خانواده (گسیختگی‌ها) در افسردگی نوجوان، بررسی تمایل نوجوان برای صحبت با والدین در مورد این گسیختگی‌ها و تشویق و حمایت از او در انجام این کار، آماده-سازی نوجوان برای تکلیف ۵.
تکلیف ۳:	هدف: تعهد والدین برای اینکه برای کمک به نوجوانشان، به شیوه ای متفاوت در جلسه حضور داشته باشند
ایجاد اتحاد با والدین	روند کلی جلسه: ایجاد اتحاد با والدین، جستجوی موانع ارتباطی، جستجوی نقاط قوت رابطه، بررسی عوامل استرس زای جاری، راهبردهای بین نسلی، بررسی دلبستگی والدین در دوران کودکی، مرتبط ساختن گسیختگی‌های دلبستگی والدین با رفتار والدینی آنها در زمان کنونی، مکانیسمهای تغییر، قرارداد برای مشارکت در مذاکرات جبرانی و آماده کردن والدین برای آن، مربی گری هیجانی.
تکلیف ۴:	هدف: ایجاد مبنایی برای مکالمات متقابل تر و تعاملات خانوادگی رو به رشد.
ترمیم دلبستگی	روند کلی جلسه: این تکلیف شامل سه مرحله است: افشاگری نوجوان (به نوجوان کمک میکند تا به شیوه ای بالغانه، مستقیم، و همراه با مدیریت هیجانی، به شرح نگرانیهایش بپردازد)، افشاگری خلاصه والدین (در این مرحله به والدین فرصتی داده می شود تا به بیان دیدگاه خود و تجربیانشان در مورد رویدادهای مخرب و آسیب زا بپردازند). مکالمات والد-نوجوان با استفاده از تکنیک قانون گذاری (درمانگر توسط اداره کردن یا ترویج مذاکرات موفقیت آمیز و جدید، به متوقف کردن توالی‌های تعاملی آسیب رسان بین اعضای خانواده می‌پردازد).
جلسات ۸-۱۰	

تکلیف ۵:	هدف: افزایش کمیت و کیفیت تجربیات افزایش‌دهنده کفایت، کاهش انزوای اجتماعی، ارتقاء کفایت
جلسه	کمک به والدین برای تبدیل شدن به منبعی کارآمد برای نوجوان.
۱۱-۱۲	درگیر کردن مجدد نوجوان در فعالیت‌ها/ دنیای اجتماعی، مذاکره و ایجاد انتظارات در مورد فعالیتهای بهنجار، حمایت از رفتارهای متناسب با سن، افزایش یا پیشبرد کیفیت ارتباطات نوجوان (و والدین) با حمایت‌ها و منابع اجتماعی.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود درمان حول وحوش پنج تکلیف اصلی سازماندهی می‌شود. ساختار و محتوای جلسات بسته به هر خانواده و نوجوان خاص، متفاوت است.

تلفیق مشاوره شناختی- رفتاری و مشاوره خانواده مبتنی بر دل‌بستگی (CBT-ABFT):

بعد از جلسه اول درمان که شامل ملاقات با والد نیز می‌شود درمانگر ۴-۵ جلسه با نوجوان ملاقات می‌کند تا به نوجوان یکسری آگاهی‌ها و مهارت‌های اولیه را در حیطه افسردگی آموزش دهد. جلسات فردی برای ایجاد مرز بین نوجوان و والد و حفظ استقلال و خودمختاری نوجوان و نیز بررسی افکار و احساسات او در زمینه افسردگی می‌باشد. در ۱۰-۱۵ دقیقه آخر هر جلسه فردی، درمانگر با والد نیز دیدار می‌کند تا او را در جریان روند درمان و پیشروی به سمت اهداف درمان قرار دهد. بعد از آن جلسات والد- نوجوان و جلسات انفرادی بسته به محتوای هر جلسه تشکیل می‌شود بنابراین ساختار و محتوای درمان در هر جلسه برای هر فرد متفاوت است. والدین می‌آموزند که چگونه با افسردگی نوجوان برخورد مناسبی داشته باشند و به او در روی آوردن به شیوه‌های جدید تفکر و رفتار کمک کنند. درمانگر باید هوشیار باشد که افکار و نگرش‌های والدین موجب ایجاد سوگیری‌های مخرب در فرایند تعیین اهداف و نیز روند درمان نشود.

ابزار و روش نمونه گیری

این تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و مرحله پیگیری با گروه‌های آزمایش و کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر شیراز در کشور ایران، در سال ۱۳۹۱ بود که در دبیرستان‌های دولتی مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای^۱ بود. بدین ترتیب که از بین ۴ ناحیه آموزشی شهر شیراز، ۱ ناحیه آموزشی به تصادف انتخاب شد. سپس از بین دبیرستان‌های این ناحیه، به بطور تصادفی ۴ دبیرستان و از هر دبیرستان شش کلاس انتخاب شد که شامل ۵۰۲ دانش آموز بود. سپس پرسشنامه افسردگی کودکان به آنها داده شد. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، افرادی که نمره افسردگی آنها یک و نیم انحراف معیار بالاتر از میانگین بود انتخاب شدند که شامل ۴۸ دانش آموز بود. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان عبارت بود از: ($M=1/94$, $SD=0/76$). سپس از

^۱- cluster sampling

بین آنها فردیکه بر پایه مصاحبه نیمه ساختار یافته K-SADS^۱ که برای تشخیص اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان به کار می‌رود، دارای علائم افسردگی بودند، انتخاب شدند. که از بین این افراد ۸ نفر که دارای ملاک‌های خروج بودند حذف شدند که از این هشت نفر، سه نفر مبتلا به اختلالات شخصیت، دو نفر مبتلا به اختلالات دو قطبی، یک نفر دارای اختلالات خوردن و دو نفر مبتلا به اختلالات پسکوئیک بودند. ۴۰ نفر باقیمانده که دارای ملاک‌های ورود به این تحقیق بودند به طور تصادفی در سه گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در حیطه تحصیلات والدین ۲۲/۵٪ از پدران دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۴۲/۵٪ دارای تحصیلات دیپلم و ۳۵/۰٪ دارای تحصیلات لیسانس بودند. هم‌چنین ۴۵/۰٪ از مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۷/۵٪ دارای تحصیلات دیپلم و ۱۷/۵٪ درصد دارای تحصیلات لیسانس بودند. شرکت کنندگان با توجه به درآمد والدینشان، از نظر اقتصادی، در طبقات متوسط پایین و متوسط قرار داشتند.

ملاک‌های ورود و ملاک‌های خروج در این تحقیق به شرح ذیل بود: ملاک‌های ورود: دختران نوجوان ۱۴-۱۷ سال دارای علائم افسردگی بر طبق پرسشنامه افسردگی کودکان و مصاحبه نیمه ساختار یافته K-SADS، حضور مادر در جلسات مشاوره خانواده، رضایت والدین برای شرکت در جلسات مشاوره.

ملاک‌های خروج: نوجوانانی که بر اساس معیارهای تشخیص K-SADS دارای تشخیص‌های زیر باشند: اختلالات اضطرابی، اختلال دو قطبی، اختلال خوردن، سوء استفاده از مواد، اختلال پسکوئیک، اختلال شخصیت، نوجوانان با ریسک خود کشی و بیش‌فعالی، ابتلا به معلولیت‌های جسمی و ذهنی، خانواده‌های ازدواج مجدد، فرزندان طلاق (به منظور افزایش تعمیم پذیری یافته‌ها، نوجوانانی که دوز ثابتی از داروی روانپزشکی مصرف می‌کنند در صورتیکه موافقت کنند که دوز داروی خود را تغییر ندهند در جلسات درمانی شرکت داده می‌شوند).

ابزار:

در این پژوهش از مصاحبه بالینی و دو پرسشنامه خودگزارشی استفاده شد:

آزمون تشخیصی K-SADS: این آزمون مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته است که برای تشخیص اختلال‌های کودکان و نوجوانان طراحی شده است. این ابزار بر مبنای معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، طیفی از اختلال‌ها را شامل اختلال‌های خلقی، سایکوزها، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های رفتار ایذایی، تیک، اختلال‌های دفعی و اختلال استرس پس از سانحه را اندازه‌گیری می‌کند (آمبوسینی^۲، ۲۰۰۰). غنی زاده، محمدی، و یزدان شناس^۱ (۲۰۰۶) در بررسی

^۱ - Kiddle-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

^۲ - Ambrosini

روایی و پایایی نسخه ایرانی نشان دادند که این ابزار دارای روایی و پایایی قابل قبولی برای تشخیص اختلالات روانی در نمونه ایرانی می‌باشد.

مقیاس افسردگی کودکان^۲: این مقیاس خودگزارشی دارای ۲۷ سؤال است که برای سنجش نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷-۱۷ سال توسط کوکس^۳ (۱۹۹۲) ساخته شده است. این ابزار بر اساس پرسشنامه افسردگی بک^۴ ساخته شده است و استفاده وسیعی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی کودک و نوجوان دارد. دامنه نمرات از ۰ تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی بیش‌تر است. در این تحقیق نمره کل افسردگی مدنظر است. در نمونه‌های ایرانی، مطالعات متعدد روایی و پایایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند (محمدی، برجعلی و اسکندری، ۱۳۸۹؛ دهشیری، نجفی، شیخی، و حبیبی عسگرآباد، ۱۳۸۸). در این تحقیق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بود.

Results

در ابتدا به یافته‌های توصیفی و سپس به یافته‌های استنباطی مربوط به فرضیه‌های پژوهش می‌پردازیم. جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون پیگیری ۱ (دوماه بعد)، و پیگیری ۲ (هشت ماه بعد) به تفکیک برای گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

¹ - Ghanizadeh, Mohammadi, & Yazdanshenas

² - The Child Depression Inventory (CDI)

³ - Kovacs

⁴ - Beck's Depression Inventory

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی در مراحل مختلف

مرحله	گروه‌ها	آزمون پیش		پس		پیگیری ۱		پیگیری ۲	
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
گروه مشاوره خانواده	افسردگی	۲۸/۶۰	۵/۹۸	۱۰/۸۰	۶/۳۵	۱۲/۱۰	۶/۲۲	۱۵/۶۰	۴/۴۰
		۳۱/۲۰	۴/۲۶	۱۲/۱۰	۶/۶۷	۱۰/۵۰	۵/۸۳	۱۴/۳۰	۷/۳۰
گروه مشاوره تلفیقی	افسردگی	۳۰/۵۰	۶/۱۶	۱۰/۰۰	۲/۹۴	۹/۰۰	۲/۰۵	۷/۴۰	۲/۳۱
		۳۰/۸۰	۴/۰۷	۲۸/۳۰	۸/۵۲	۲۷/۴۰	۹/۳۲	۲۶/۷۰	۷/۵۱

به منظور مقایسه نمرات افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش آزمون، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس یکراهه برای تأثیرات درمان بر روی افسردگی

منابع	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پس آزمون	۳	۲۲۸۷/۳۹۴	۷۶۲/۴۶۵	۱۶/۸۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰
مرحله پیگیری ۱	۳	۲۱۸۱/۱۵۱	۷۲۷/۰۵۰	۱۶/۲۳۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹
پیگیری ۲	۳	۱۸۹۹/۳۳۶	۶۳۳/۱۱۲	۱۷/۹۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱

نتایج تحلیل جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمره افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پست تست ($P < 0/0001$)، مرحله پیگیری ۱ ($P < 0/0001$) و مرحله پیگیری ۲ ($P < 0/0001$)، تفاوت معنادار وجود دارد. برای تعیین اینکه تفاوت بین میانگین‌های نمره افسردگی در کدام جفت از گروه‌ها معنادار است از آزمون مقایسه‌های زوجی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج مقایسه‌های زوجی گروه‌های مشاوره در افسردگی به تفکیک مراحل مختلف (پیش/پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم)

مرحله	گروه‌ها	پس آزمون			پیگیری ۱			پیگیری ۲		
		تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری
	مشاوره خانواده و مشاوره شناختی- رفتاری	-۱/۵۶۲	۳/۰۲۸	۰/۶۰۹	۰/۶۱۳	۳/۰۰۱	۰/۶۱۳	۱/۰۳۷	۲/۶۶۴	۰/۷۰۲
	مشاوره خانواده و مشاوره تلفیقی	۰/۶۰۹	۳/۰۰۴	۰/۸۴۱	۰/۳۱۳	۲/۹۷۷	۰/۳۱۳	۸/۰۰۰	۲/۶۴۳	۰/۰۰۵
	مشاوره شناختی- رفتاری و مشاوره تلفیقی	۲/۱۷۰	۲/۹۸۰	۰/۴۷۱	۱/۵۱۸	۲/۹۵۴	۰/۶۱۰	۶/۹۷۴	۲/۶۲۲	۰/۰۱۰
	گروه کنترل و مشاوره خانواده	۱۷/۷۲۱	۳/۰۱۳	۰/۰۰۰	۱۵/۳۵۸	۲/۹۸۶	۰/۰۰۰	۱۱/۳۳۱	۲/۶۵۱	۰/۰۰۰
	گروه کنترل و مشاوره شناختی- رفتاری	۱۶/۱۶۰	۲/۹۷۸	۰/۰۰۰	۱۶/۸۸۹	۲/۹۵۱	۰/۰۰۰	۱۲/۳۵۸	۲/۶۲۰	۰/۰۰۰
	گروه کنترل و مشاوره تلفیقی	۱۸/۳۳۰	۲/۹۷۷	۰/۰۰۰	۱۸/۴۰۸	۲/۹۵۱	۰/۰۰۰	۱۹/۳۳۳	۲/۶۱۹	۰/۰۰۰

برای اینکه مشخص شود کدام روش مشاوره ای اثربخشی بیشتری بر افسردگی داشته است و تشخیص اینکه آیا بین روش‌های مختلف مشاوره در میزان تاثیر بر افسردگی تفاوت وجود داشته است یا خیر نیاز به مقایسه‌های زوجی گروه‌ها در هر مرحله است. چنان که مشاهده می‌شود در هر سه مرحله پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم، گروه تلفیقی بیشترین تفاضل را با گروه کنترل دارد ($P \leq 0/0001$) و اثربخش‌ترین شیوه بوده است.

بحث

هدف اولیه این پژوهش ایجاد مبنایی بود برای کاربرد همزمان مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره خانواده در درمان نوجوانان افسرده برای افزایش کارایی درمان و بهبود نتایج حاصل از درمان. بدین

منظور جلسات خانواده درمانی با جلسات درمان فردی تلفیق شد و آزمودنی‌ها در سه گروه درمانی مشاوره خانواده، مشاوره شناختی رفتاری، مشاوره تلفیقی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. بین هیچیک از گروه‌های مشاوره در زمینه تأثیر بر افسردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری اول تفاوت معنادار وجود نداشت یعنی هیچک از گروه‌های مشاوره از لحاظ میزان تأثیر بر نمرات افسردگی، بر روش مشاوره ای دیگر برتری نداشت. اما بین هر یک از گروه‌های درمان و گروه کنترل در نمره افسردگی معنادار وجود داشت یعنی هر سه شیوه مشاوره توانست بر کاهش علائم افسردگی موثر باشد.

در مرحله پیگیری دوم نیز بین هر یک از گروه‌های مشاوره و گروه کنترل، در تأثیر بر افسردگی تفاوت معنادار وجود داشت یعنی هر سه شیوه مشاوره توانسته بود در مرحله پیگیری دوم نیز تأثیرات خود را حفظ کند. اما در حیطه تفاوت بین گروه‌های مشاوره در این زمینه، نتایج با مرحله پس آزمون و نیز مرحله پیگیری اول، متفاوت بود. بدین صورت که: گروه مشاوره تلفیقی نسبت به گروه مشاوره خانواده و گروه مشاوره شناختی رفتاری، تأثیر بیشتری بر کاهش نمرات افسردگی در آزمودنی‌ها داشت.

در این تحقیق انتظار می‌رفت که درمان تلفیقی در مرحله پس آزمون و پیگیری اول نیز، مؤثرتر از درمان انفرادی یا خانواده درمانی به تنهایی باشد. اما این نتیجه تنها در مرحله پیگیری دوم به دست آمد. البته نتایج هر سه نوع درمان در کاهش علائم افسردگی در تمام مراحل مشابه بود. شاید یکی از دلایل این باشد که در این تحقیق در درمان CBT+ABFT، مشاوره شناختی رفتاری نتوانست به اندازه مشاوره CBT به تنهایی، به طور کامل و بهینه انجام شود. زیرا جلسات مشاوره CBT در لابلای جلسات مشاوره خانواده اجرا می‌شد و بنابراین بسیاری از محتویات جلسات شناختی رفتاری تحت تأثیر جلسات مشاوره خانواده بود. شاید اگر ابتدا روند مشاوره خانواده بطور کامل طی می‌شد و پس از حل و فصل مسائل والد-نوجوان و فراهم آمدن جوی آرام بین آنها، مشاوره شناختی رفتاری انجام می‌گردید و در آنجا به طور کامل به مشکلات نوجوان به تنهایی پرداخته می‌شد و والد نیز که پس از جلسات مشاوره خانواده توجیه شده و آماده‌تر برای کمک و حمایت بود، در کنار درمانگر به روند مشاوره شناختی رفتاری کمک می‌کرد، نتیجه متفاوت و مطلوب‌تری در نتیجه درمان تلفیقی بدست می‌آمد. البته در مرحله پیگیری دوم، مؤثرتر بودن مشاوره تلفیقی نشان دهنده تأثیرات بیشتر و بلندمدت‌تر این شیوه نسبت به شیوه‌های غیر تلفیقی (مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره خانواده) می‌باشد. بنابراین بنظر می‌رسد مشاوره تلفیقی با تأثیر بر تحریفات شناختی و روابط دلبستگی به طور همزمان توانسته است تأثیرات بیشتری و بلندمدت‌تری نسبت به دو روش دیگر ایجاد کند.

در زمینه خانواده درمانی در نوجوان افسرده متأسفانه هنوز پیشینه تحقیقاتی قوی وجود ندارد و این تحقیق می‌تواند از پژوهش‌های مبنا و اولیه در این زمینه باشد. در حقیقت اکثریت مطالعات انجام شده در حیطه درمان افسردگی در نوجوانان، به بررسی درمان شناختی رفتاری بر نوجوانان افسرده پرداخته‌اند و کارایی آن را نشان داده‌اند (به عنوان مثال؛ استارک، سیمپسون، اسکنوبلن، گلن، هارگریو، و همکاران^۱، ۲۰۰۵؛ ویز، مک کارتی، و والر^۲، ۲۰۰۶). در حیطه خانواده درمانی در نوجوانان افسرده، خانواده درمانی مبتنی بر افسردگی تنها رویکردی است که ویژه نوجوانان افسرده طراحی شده است و کارایی آن برای بهبود علائم افسردگی نشان داده شده است (دیاموند و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات دیگری که به خانواده درمانی در حیطه نوجوانان افسرده پرداخته‌اند عمدتاً از رویکردهای خانواده درمانی رایج برای درمان نوجوانان افسرده استفاده کرده‌اند که برخی از این مطالعات پاره‌ای تغییرات را در این درمان‌ها برای تطبیق با ویژگی‌های سنی و روانی نوجوانان انجام داده‌اند (بعنوان مثال؛ خدایاری فرد^۳، ۲۰۱۳؛ برنت، هولدر، کولکو، بیرماهر، باقر، و همکاران؛ روسلو و برنال، ۱۹۹۹).

در زمینه درمان‌های تلفیقی در حیطه اختلالات افسردگی نوجوانان مطالعات بسیار معدودی انجام شده و تاکنون مطالعات نتواسته‌اند برتری درمان تلفیقی را نشان دهند (بغیر از مطالعاتی که تلفیق درمان با دارو درمانی بوده است). نتایج این تحقیق می‌تواند توسط درمانگران و مشاوران خانواده بخصوص در محیط‌های آموزشی همانند مدارس متوسطه، جهت ارتقاء بهداشت روانی و خانوادگی دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گیرد. هم‌چنین نتایج این تحقیق می‌تواند کمکی به مطالعاتی باشد که در آینده در زمینه بهداشت روان نوجوانان انجام خواهد گرفت.

^۱- Stark, Simpson, Schnoebelen, Glenn, Hargrave

^۲- Weisz, McCarty, & Valeri

منابع

- دهشیری، غ؛ نجفی، م؛ شیخی، م؛ حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI)، خانواده پژوهی، (۲) ۵، ۱۷۷-۱۵۹.
- س محمدی، ک؛ برجعلی، ا؛ اسکندری، ن. (۱۳۸۹). کارایی بالینی پرسشنامه افسردگی کودکان در تشخیص اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان. *مجله روانشناسی بالینی* (۵)، ۱، ۹-۱.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Allen, J.P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychological functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 49-58.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescent. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Barrett, P.M., Dadds, M.M., Rapee, R.M., & Ryan, S.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 333-342.
- Bradford, K., Vaughn, L., & Barber, B. (2008). When there is conflict: Interparental conflict, and youth problem behaviors. *Journal of Family Issues*, 29, 780-805.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., & Johnson, B. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.
- Buist, K.L., Dekovic, M., Meeus, W.H., & Van Aken, M. A.G. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behavior. *Journal of Adolescence*, 27, 251-266.
- Diamond, G., Siqueland, L & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 107-127.

Fleming, J. E. & Offord D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.

Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia—Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry*, 15, 10.

Johnson, S. M., & Whiffen, V. (Eds.). (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: The Guilford Press.

Khodayarifard (2013). Family therapy based on cognitive-behavioral approach for depressed adolescent: a case study. *European Psychiatry*, 17, 53-63.

Kovacs, M. (1992). *The children's depression inventory (C.D.I.) manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.

Milne, L. C. & Lancaster, S. (2001). Predictors of depression in female adolescents. *Adolescence*, 36, 207-223.

Rossello, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 734-745.

Stark, K. D., Simpson, J., Schnoebelen, S., Glenn, R., Hargrave, J., & Molnar, J. (2005). *ACTION workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Weisz, J., McCarty, C., & Valeri, S. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.

