

تأثیر مداخلات روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT در کاهش علائم افسردگی بیماران مرد مبتلا به اعتیاد

مهدی زمستانی یامچی^۱
دکتر فرامرز سهرابی^۲
دکتر احمد برجعلی^۳

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر مداخلات روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به اعتیاد بود. این پژوهش از نوع مطالعات آزمایشی واقعی است که از طرح گروهی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده می کند. نمونه این پژوهش متشکل از ۲۲ مرد مبتلا به اعتیاد بود که بر اساس ملاک شمول نمره ۱۴ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک-۲ انتخاب شدند. از این افراد ۱۰ نفر به طور تصادفی به گروه آزمایشی و ۱۲ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. گروه آزمایشی تحت ۱۲ جلسه روان درمانی بین فردی گروهی قرار گرفت. برای تحلیل داده ها از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT توانست کاهش معنادار در علائم افسردگی ($t=5/24$, $p=0/002$) مردان معتاد به وجود آورد. طبق این نتایج می توان از روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT برای کاهش علائم افسردگی بیماران معتاد استفاده کرد.

کلید واژه ها: روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT، علائم افسردگی، اعتیاد

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی از دانشگاه علامه طباطبایی Email: m. zemestan@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی

۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

سالیان متمادی است که بشر به شیوه‌های مختلف مواد مخدر را به امید کاستن از آلام خویش و یا تغییر دادن حالات هشیاری خود مورد استفاده قرار داده است (دیویسون^۱، نیل^۲، ۲۰۰۱). در واقع امروزه وابستگی به مواد مخدر و سوء مصرف آن به صورت یک معضل شخصی، اجتماعی و بهداشتی درآمده است که در کشورهای مختلف منابع انسانی و سرمایه‌های ملی را به شدت مورد تهدید قرار می‌دهد. براساس چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ (DSM-IV-TR, 2000)، مهم‌ترین ویژگی وابستگی به مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و روانشناختی است که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد به مصرف آن ادامه می‌دهد (DSM-IV-TR, 2000).

رویکرد درمانی در رابطه با بیماران معتاد با مشکلات بسیاری مواجه است. بسیاری از افرادی که برای درمان اعتیاد مراجعه می‌کنند، دچار عوارض جسمی، روانی و اجتماعی جدی شده‌اند که بر طرف کردن آن هزینه، وقت و انرژی زیادی مصرف می‌کند و میزان موفقیت نیز نامعلوم است. به دلیل پیچیدگی مشکلات اعتیاد، ساختار درمانی پیچیده‌ای مورد نیاز است تا همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را در برگیرد (عسگری، ۱۳۸۴). به علاوه، بسیاری از بیمارانی که در جستجوی درمان اعتیاد می‌باشند و یا برای درمان اعتیاد ارجاع داده شده‌اند، یک «تشخیص دوگانه»^۴ دارند (میرین^۵ و ویس^۶، ۱۹۹۱، ریدجر^۷ و همکاران، ۱۹۹۰). منظور این است که آنها علاوه بر تشخیص اعتیاد، تشخیص سندرمی دیگر نظیر افسردگی (محور I)، یا اختلال شخصیت (محور II)

1. Davison

2. Neal

3. diagnostic and statistical manual of mental disorder-4th edition-Text revised.

4. double diagnosis

5. Myrin

6. Weis

7. Ridger

یا ترکیبی از هر دو را دارند (بک^۱ و همکاران، ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰). یکی از راهکارهایی که می‌توان اعمال کرد تا افراد مبتلا به اعتیاد هر چه سریعتر از این مهلکه رهایی یابند و افراد مستعد دیگری را نیز به دام این گرفتاری نیندازند پرداختن به مسئله درمان اختلالات روانی هم آیند^۲ این بیماری می‌باشد. افسردگی از جمله اختلالات محور I میباشد که هم آیندی بسیار بالایی با سوء مصرف مواد دارد (کرام^۳ و همکاران، ۱۹۹۴) و در پژوهشهای مختلف کمتر به آن پرداخته شده است. داشتن تنها چند علامت از علائم افسردگی می‌تواند به تخریب عملکرد فرد منجر شود و احتمال ابتلا فرد به افسردگی اساسی را افزایش دهد، اهمیت پژوهش حاضر در این می‌باشد که وجود علائم افسردگی در افراد معتاد می‌تواند روند درمان اعتیاد آنها را با مشکلات جدی روبرو ساخته و در نتیجه بهبود کامل آنها را با مشکلات عدیده مواجه سازد.

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین میزان تأثیر روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT^۴ بر کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به اعتیاد بوده است. بنابراین با توجه به هدف یاد شده فرضیه‌ی زیر مورد بررسی قرار گرفت: روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به اعتیاد مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات آزمایشی واقعی^۵ است که از طرح گروهی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل^۶ استفاده می‌کند (کازدین^۷، ۱۹۹۲). به علاوه این پژوهش از نوع مطالعات تأثیر نیز است (سلیگمن^۸ و همکاران، ۲۰۰۱).

-
1. Beck
 2. comorbid
 3. Crum
 4. interpersonal psychotherapy
 5. true experiment
 6. pretest - protest control group design
 7. Kazdin
 8. Seligman

جامعه آماری این پژوهش بیماران معتادی بودند که از علائم افسردگی رنج می‌بردند. نمونه این پژوهش از ۲۲ بیمار معتاد با روش نمونه‌گیری تصادفی تشکیل شد که بر اساس ملاک شمول^۱ نمره ۱۴ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II) و ملاک حذف بودن گزینش شدند. سپس افراد به طور تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند و از میان این دو گروه نیز یک گروه به طور تصادفی به گروه آزمایشی و گروه دیگر به گروه کنترل تخصیص یافت. این روش نمونه‌گیری برای طرح‌های آزمایشی واقعی مناسب می‌باشد، چرا که برای این نوع طرح‌ها تخصیص تصادفی^۲ نمونه مهم می‌باشد نه انتخاب تصادفی^۳ نمونه از میان اعضاء جامعه (کازدین، ۱۹۹۹).

در این پژوهش، ۲ جلسه غیبت از جلسات مجاز شمرده شد و ۳ جلسه غیبت به عنوان ملاک افت^۴ تعیین شد. با اعمال این ملاک، تعداد اعضاء گروه آزمایش به ۱۰ نفر رسید و تعداد کل نمونه در پس آزمون ۲۲ نفر شد.

اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از دریافت مجوز از طرف دانشگاه و اخذ موافقت از سوی یکی از مراکز ترک اعتیاد وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بروی مردان معتاد مراجعه‌کننده به این مرکز پرسشنامه افسردگی بک-۲ اجرا گردید. سپس به کسانی که ملاک‌های شمول و حذف را دارا بودند، توضیحاتی در مورد تحقیق، تصادفی‌سازی، محرمانه بودن و حق خروج از تحقیق در هر زمان که می‌خواهند داده شد. سپس افراد بطور تصادفی به گروه آزمایشی و کنترل تخصیص یافتند. گروه آزمایشی تحت درمان با ۱۲ جلسه گروهی به مدت ۶۰ دقیقه قرار گرفت. روش درمان بر اساس دفترچه راهنمای درمانی روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت بود. در این روش به شرکت‌کنندگان کمک می‌شود تا ارتباط بین علائم افسردگی و مشکلات بین فردی زندگیشان را بشناسند و

1. inclusion
2. random assignment
3. random selection
4. drop-out

راهبردهای مقابله با آنها را با کمک رهبر و سایر اعضا گروه بیابند. طبق مدل روان درمانی بین فردی به طور کلی چهار دسته از مشکلات بین فردی می‌توانند سبب افسردگی باشند که عبارتند از: سوگ^۱، اختلافات نقش^۲، انتقال‌های نقش^۳ و نارسایی‌های بین فردی^۴ (ویسمن^۵، مارکوویتز و کلمن^۶، ۲۰۰۷). برای هر کدام از این دسته مشکلات بین فردی، راهبردها و تکنیک‌هایی تعریف شده است.

مراحل اجرای درمان به شرح زیر است:

۱. جلسه پیش گروهی: (یک جلسه فردی) رهبر اطلاعاتی را در مورد علائم افسردگی درمان جو به دست می‌آورد و در مورد مشکلاتی که با شروع علائم افسردگی مرتبط هستند اطلاعاتی را کسب می‌کند.
۲. شروع کردن گروه: (جلسه) اعضاء گروه با علائم و مشکلات یکدیگر آشنا می‌شوند؛ رهبر گروه در مورد نحوه کار در گروه توضیح می‌دهد.
۳. کار کردن در گروه (۱۰ جلسه) این مرحله میانی گروه است که اعضاء به بحث در مورد مشکلات می‌پردازند و تلاش می‌کنند که در زندگی شان تغییراتی را به وجود آورند.
۴. پایان دادن به گروه (۱ جلسه) ارائه خلاصه‌ای از تغییرات در علائم و مشکلات؛ بحث در مورد مشکلات جدید احتمالی در آینده که خطر افسردگی را در پی دارند؛ بیان احساسات اعضاء گروه در مورد پایان یافتن گروه.

پس از اتمام جلسات، ابزار پژوهش (BDI-II) برای بار دوم بر روی دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا شد. پرسشنامه افسردگی بک به عنوان یک ابزار خود گزارش دهی، به عنوان مهمترین وسیله اندازه‌گیری افسردگی شناخته شده

-
1. grief
 2. interpersonal disputes
 3. role transition
 4. interpersonal deficits
 5. weissman
 6. markwitz
 7. klerman

است. شکل اولیه آن توسط بک و همکارانش در سال ۱۹۶۰ معرفی شد و به صورت گسترده‌ای در محیط‌های بالینی و غیر بالینی به کار گرفته شده است. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش نسخه دوم (BDI-II) را ارائه کردند که با ملاک‌های افسردگی (DSM-IV) همخوان است. همانند چاپ اول، (BDI-II) نیز یک اندازه‌گیری خود گزارش دهی ۲۱ عبارتی است (بک، استر^۱ و براون^۲، ۱۹۹۶).

فتی (۱۳۸۲) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده است (فتی، ۱۳۸۲). قاسم زاده و همکاران (۱۳۸۴) در بررسی ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک چاپ دوم بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علامه طباطبائی، ضریب آلفای کرونباخ (روایی) را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی (پایایی) را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. (قاسم زاده، مجتبایی، کرم قادری و ابراهیم خانی، ۱۳۸۴؛ به نقل از عیسی زادگان، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

به منظور ارائه نتایج حاصل از آزمون نمونه‌های انتخابی، ابتدا از روشهای آمار توصیفی برای تبیین روابط بین متغیر مستقل و وابسته‌ی این تحقیق استفاده شد. سپس داده‌های حاصل که با استفاده از نرم افزار spss و روشهای آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند به تفصیل در خصوص تایید یا عدم تایید فرضیات به تصویر کشیده شدند.

الف) توصیف داده‌ها: به منظور عینی‌تر نمودن روابط بین متغیرهای موجود در این تحقیق به توصیف داده‌های خام پرداخته می‌شود.

1. Steer
2. Brown

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون گروه‌ها در پرسشنامه افسردگی بک - ۲

انحراف استاندارد	میانگین	جنسیت	تعداد	شاخص گروه‌ها
۱۲/۵۹	۲۷/۸	مرد	۱۰	آزمایش
۸/۷۷	۲۵/۴۳	مرد	۱۲	کنترل

همان گونه که در جدول ۱ نمایان است میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون پرسشنامه افسردگی بک - ۲ تفاوت خیلی زیادی با هم ندارند که این خود نشان‌دهنده این است که دو گروه در ابتدا از نظر میزان افسردگی تقریباً همتا هستند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پس آزمون گروه‌ها در پرسشنامه افسردگی بک - ۲

انحراف استاندارد	میانگین	جنسیت	تعداد	شاخص گروه‌ها
۷/۶۹	۱۷/۸	مرد	۱۰	آزمایش
۸/۰۳	۲۴/۵	مرد	۱۲	کنترل

از نتایج جدول ۲ این گونه استفاده می‌شود که میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش خیلی کمتر از میانگین گروه کنترل است و می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که روان درمانی بین فردی (IPT) علائم افسردگی را در گروه آزمایش کاهش داده است که البته معنی دار بودن این تفاوت در بخش تحلیل داده‌ها مفصل مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

ب) تحلیل داده‌ها: ارائه یافته‌های پژوهش با توجه به فرضیه پژوهشی: به منظور بررسی فرضیه پژوهشی مجدداً آن را طرح و با توجه به تحلیل آماری انجام شده معنی داری آن مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به اینکه مقیاس نمرات خام، فاصله‌ای و دوگروه مستقل آزمایش و کنترل داریم آزمون آماری استفاده شده t مستقل می‌باشد.

فرضیه پژوهش: روان درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT در کاهش علائم

افسردگی بیماران مبتلا به اعتیاد مؤثر است.

جدول ۵. نتایج آزمون t مستقل برای تفاضل نمرات پیش آزمون و پس‌آزمون
گروه‌ها در پرسشنامه افسردگی بک - ۲

جدول t	معنی داری (P)	درجه آزادی (df)	t محاسبه شده	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص‌ها گروه‌ها
۲/۰۸	۰/۰۰۲	۲۰	۵/۲۴	۵/۶۲	۱۰/۶	آزمایش
				۱/۶۳	۰/۹۱	کنترل

بر اساس داده‌های جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که چون سطح معنی‌داری به دست آمده ($p = ۰/۰۰۲$) خیلی کمتر از سطح معنی‌داری ملاک ($۰/۰۲۵$) می‌باشد. (چون آزمون یک دامنه است $۰/۰۲۵$ در نظر گرفته می‌شود) و مقدار t محاسبه شده ($t = ۵/۲۴$) نیز بیشتر از t جدول ($۲/۰۸$) می‌باشد. بنابراین با ۹۵% اطمینان می‌توان گفت که بین دو گروه از نظر نمرات افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و روان‌درمانی بین فردی گروهی علائم افسردگی گروه آزمایش را به‌گونه‌ی معنی‌دار کاهش داده است. پس فرض صفر رد و فرض پژوهشی مبنی بر تأثیر روان‌درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT بر کاهش علائم افسردگی تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با فرضیه پژوهشی، نتایج تحلیل‌های آماری نشان دادند که گروه آزمایشی پس از درمان بهبود معناداری از نظر آماری نسبت به گروه کنترل در پرسشنامه افسردگی بک - ۲ نشان داده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی بین فردی گروهی، درمانی مؤثر در کاهش علائم افسردگی بیماران معتاد است. اهمیت این یافته در این است که تحقیقات نشان داده‌اند افراد معتاد از جمله جمعیت‌هایی هستند که نرخ بالاتری از علائم افسردگی را دارند و با توجه به اینکه وجود تنها چند علامت از علائم افسردگی به کاهش معنادار در عملکرد

فرد منجر می‌شود (کرام و همکاران، ۱۹۹۴). وجود این علائم در افراد معتاد می‌تواند پیامدهای نامطلوبی برای روند درمان اعتیاد آنها به همراه داشته باشد. بنابراین، توسعه درمانی کوتاه مدت می‌تواند، علاوه بر اینکه زمان زیادی از اوقات افراد معتاد را نگیرد، به بهبود علائم آنها منجر گردد.

تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که درمان‌های کوتاه مدت، تاثیرات مثبتی در کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی دارند (سوارتس^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ لوکوویتز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان از مدل‌های درمانی موجود مانند روان درمانی بین فردی برای بهبود علائم افسردگی استفاده کرد. این یافته همسو با تحقیق بارکام^۳، شاپیرو^۴، هاردلی^۵ و ریز^۶ (۱۹۹۹) است. در تحقیق بارکام و همکارانش (۱۹۹۹) ۱۱۶ نفر که علائم افسردگی در پرسشنامه افسردگی بک نشان داده بودند، تحت ۳ جلسه درمان با دو مدل درمانی شناختی - رفتاری و روان پویایی - بین فردی قرار گرفتند که نتایج گویای اثر بخشی این درمان‌ها در کاهش علائم افسردگی زیر نشانگانی بود. لذا یافته پژوهش حاضر مبنی بر کاهش علائم افسردگی در طی ۱۲ جلسه، تایید دیگری بر اثر بخشی درمان‌های کوتاه مدت در افرادی است که علائم افسردگی دارند.

به علاوه پژوهش حاضر همسو با دیگر تحقیقات است که نشان داده‌اند روان درمانی بین فردی روش مؤثر در درمان افسردگی است که می‌تواند کاهش قابل توجهی در علائم افسردگی به وجود آورد (الکین^۷ و همکاران ۱۹۸۹؛ بولتون^۸ و همکاران، ۲۰۰۳؛ اوهارا^۹، ۲۰۰۰؛ سوارتس و همکاران، ۲۰۰۴). البته جامعه آماری این تحقیقات، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است که با جامعه آماری پژوهش حاضر یعنی افرادی که علائم افسردگی دارند تفاوت دارد.

-
1. Swartz
 2. Levkovitz
 3. Barkham
 4. Shapiro
 5. Hardly
 6. Rees
 7. Elkin
 8. Olton
 9. O,Hara

از آنجا که در پژوهش حاضر، درمانی گروهی توانست علائم افسردگی درمانجویان را کاهش دهد، این روش می‌تواند فوایدی را برای سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات روان‌شناختی و درمانجویان در برداشته باشد. از یک سو، امکان دسترسی سریع و به موقع درمانجویان را در صورت تماس با مراکز ارائه‌کننده خدمات روان‌شناختی افزایش می‌دهد که بالطبع مانع ایجاد لطمات مادی و روان‌شناختی به درمانجو می‌شود. یعنی از پریشانی روان‌شناختی آن‌ها زودتر کاسته می‌شود، از شدت علائم می‌کاهد و مانع از ایجاد عواقب شغلی، تحصیلی و اجتماعی برای فرد می‌شود. از سوی دیگر، مراکز ارائه‌کننده خدمات روان‌شناختی سطح وسیع‌تری از جامعه را تحت پوشش خدماتی قرار می‌دهند که از نظر هزینه‌های مالی می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های بهداشتی جامعه شود. چرا که به طور کلی مداخلات به موقع و پیش‌گیرانه از هزینه‌های درمانی بعدی می‌کاهد (آدامز^۱ و جانسون^۲، ۲۰۰۰).

امروزه درمان‌ها به شکلی توسعه یافته‌اند که بتوانند توسط پرسنل مراکز بهداشتی مانند پرستاران به کار روند که روان‌درمانی بین فردی این قابلیت را نیز دارد که در این محیط‌ها به کار گرفته شود (ویسمن و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش حاضر نیز نشان داد که روان‌درمانی بین فردی قابلیت به کارگیری در این محیط‌ها را دارد و به خصوص با فرهنگ ایران تطابق دارد.

این پژوهش نشان داد که می‌توان از روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی درمانجویان استفاده کرد که به دلیل شکل کوتاه مدت و گروهی قابلیت استفاده در شرایط مختلف بالینی را فراهم می‌کند. نکته مهم این است که در این روش به لحاظ تأکید به حمایت اعضاء از یکدیگر، چنانچه اعضاء گروه از یک محدوده شهری یا روستایی باشند، می‌توان شبکه حمایت اجتماعی مناسبی را برای پس از درمان فراهم کرد تا از خطر بروز مجدد و برگشت علائم کاست. اما در تشکیل این گروه باید به تفاوت‌های فرهنگی هر

1 - Adams
2 - Johnson

منطقه توجه کرد و شرایط گروه را متناسب با آن فرهنگ تنظیم کرد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص آماری اختلالهای روانی (DSM-IV-TR). ترجمه نیکخو، محمدرضا (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سخن.
- پروچاسکا، جیمز او - نورکراس، جان سی. (۱۹۹۹). نظریه‌های روان درمانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات رشد.
- دلاور، علی. (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- سلیمانی، مهدی. (۱۳۸۵). تأثیر مداخلات روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک‌های اسنادی و نگرشهای ناکارآمد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- صاحبی، علی. (۱۳۷۷). روان درمانی حمایتی. فصلنامه تازه‌های روان درمانی. سال سوم. شماره ۹ و ۱۰.
- فتی، لادن. (۱۳۸۲). ساختارهای معنا گذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. رساله دکتری. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. (۱۹۹۹). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت الله پورافکاری. (۱۳۸۰). تهران: نشر آزاده.
- هالجین، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزان کراس. (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. (۱۳۸۶). تهران: نشر روان.
- یکه یزدان دوست، رخساره، رضوان طلب، هادی و پیروی، امیرحسین. (۱۳۸۰). بررسی نگرشهای ناسالم، افسردگی و شدت بیماری کرونر قلب در بیماران بستری در CCU؛ فصلنامه اندیشه و رفتار. شماره ۴. ص ۳۸-۴۴.
- Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardly, G. E., Rees, A. (1999). *Psychotherapy in two-plus-one sessions: Outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression*. Journal of Consulting and clinical psychology, 67, 201- 211.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, O. K. (1996). *Manual for the Beck*

- Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, <http://www.answers.com>. Accessed September 15, 2006.
- Blankstein, K. R., & Segal, Z. V. (2001). *Cognitive assessment: Issues and methods*, In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd Ed.) (40-85). New York: Guilford Press.
 - Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K., Wickramaratne, P., Speelman, L., Ndogoni, L., & Weissman, M. M. (2003). *Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: A randomized controlled trial*. JAMA, 289, 3117-3124.
 - Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
 - Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M., Dartigues, J. F. (2001). *A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder*. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 70, 288-297.
 - Crum, R. M., Cooper-Patrick, L., & Ford, D. E. (1994). *Depressive symptoms among general medical patients: Prevalence and one-year outcome*. *Psychosomatic Medicine*, 56, 109-117.
 - Davison, G. C., & Neale, J. M. (2001). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & Sons.
 - DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). *Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons*. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
 - DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Shelton, R. C. (2005). *Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression*. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
 - Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Hollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. and Jacobson, N. S. (2006). *Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
 - Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). *National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments*. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 971-982.
 - Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). *A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression*. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 64, 295-304.

- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). *Can depression be de-medicalized in the 21st century: Scientific revolutions, counter revolutions and the magnetic field of normal science*. Behavior Research and Therapy, 38, 103-117.
- Kazdin, A. E. (1999). *Overview of research design issues in clinical psychology*, In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Kelly, M., Cyranowski, J., Frank, E., & Ellen, A. (2007). *Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression*. Behaviour Research and Therapy. Oxford: Nov 2007. Vol. 45, Iss. 11.
- Levkovitz, Y., Shahar, G., Niv, G., Hirschfeld, D., Treves, I., Krieger, S., & Fennig, S. (2004). *Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder-Pilot study*. Journal of Affective Disorders, 60, 191-195.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. M. (2004a). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004b). *A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Arch Gen Psychiatry. 67,577-584.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., German, L. L., & Wenzel, A. (2000). *Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression*. Archives of General Psychiatry. 57, 1039-1046.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. P., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology*. Ed. New York: Norton.
- Simons, A. D., Garfield, S. L., & Murphy, G. E. (1984). *The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Changes in mood and cognition*. Archives of General Psychiatry, 41,45-51.
- Swartz, H. A., Frank, E., Shear, M. K., Thase, M. E., Fleming, M. A. D., & Scott, J. (2004). *A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women*. Psychiatry Services. 55, 448-450.
- Verdelli, H., Cougherty, K., Bolton, P., Specimen, L., Ndogoni, L., Bass, J., Neugebauer, R., & Weissman, M. M. (2003). *Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country Experience in rural Uganda*. World Psychiatry. 2 114-120.
- Visser S., & Bouman, T. K. (2001). *The treatment of hypochondriacs: Exposure plus response prevention vs cognitive therapy*. Behaviour Research and Therapy, 39 423-442.

- Weissman, M. M & Markowitz, J. C. Klerman, L: G. (1995). *Mastering Depression through interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman, M. M & Markowitz, J. C. Klerman, L: G. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.

Archive of SID