

تأثیر روان‌درمانی بین فردی بر درمان افسردگی نوجوانان: مطالعه موردی

The Effect of Interpersonal Psychotherapy on Depression Treatment of Adolescents: A Case Study

Ali Reza Moradi, Ph.D
Omid Shokri
Zohreh Daneshvar pour

دکتر علیرضا مرادی^۱
امید شکری^۲
زهره دانشورپور^۳

پدیرش نهایی: ۸۶/۱۲/۲۲

تاریخ بازنگری: ۸۶/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۸۶/۸/۲۰

Abstract

Depression is a common disorder among adolescents, often runs a chronic and relapsing clinical course. Many researches have showed that in the early 1990s there continued to be a lack of empirical evidence supporting the use of specific treatments for adolescent depression. Therefore, there was an interest in developing and testing new treatments, particularly those that are short-term and manualized. IPT-A as a treatment approach that may be easily disseminated to a variety of settings, emphasizing to identify the problem area, to relate depressive symptoms to problem areas, to focus on the current relationships, and to help the patient master the interpersonal context of his or her depression have a crucial role. Thus, the main purpose of the present study was to study the effectiveness of interpersonal psychotherapy on adolescents' depression. Method of the present study is case study. One female patients who met the DSM-IVTR criteria for depression aged 16 years old was selected.

Data was obtained by clinical interview and psychological assessments. The results suggest that IPT-A is an efficacious treatment for adolescent depression.

Keywords

depression, interpersonal psychotherapy, adolescents

شده تصادفی درمان‌های فردی برای افسردگی نوجوانان شامل فلوکسی‌تین (امسلی و دیگران، ۱۹۹۷)، پاروکزتین (کلین، ۱۹۹۹)، درمان شناختی - رفتاری (برنت و دیگران، ۱۹۹۷) و روان‌درمانی بین فردی (موفسون و دیگران، ۱۹۹۹) بوده است. برخی از مطالعات بر اثربخشی گروه درمانی در درمان افسردگی نوجوان تاکید کرده‌اند (لویسنون و دیگران

چکیده

افسردگی به عنوان یک اختلال متعارف در میان نوجوانان اغلب شامل یک دوره بالینی مزمن و عودکننده است. تجربه یک دوره افسردگی در کودکی یا نوجوانی یک عامل خطر برای دوره‌های افسرده ساز آتی و همچنین مشکلات روانی - اجتماعی محسوب می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که در اوایل دهه ۱۹۹۰ درباره استفاده از درمان‌های خاص برای افسردگی نوجوانان شواهد تجربی حمایت‌کننده وجود نداشته است. بر این اساس، علاقه فزاینده‌ای نسبت به رشد و آزمون درمان‌های جدید که کوتاه مدت نیز بوده‌اند، به چشم می‌خورد. در این میان، روان‌درمانی بین فردی برای نوجوانان افسرده، به مثابه یک رویکرد درمانی که به سادگی در گستره‌ای از موقعیت‌ها مورد استفاده واقع می‌شود. به دلیل تاکید بر شناسایی حوزه مساله ساز بین فردی، نشانگان افسرده ساز مرتبط با حوزه مساله ساز، تمرکز بر روابط فعلی و کمک به بیمار جهت تسلط بر بافت بین فردی افسردگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین فردی در درمان افسردگی نوجوانان است. روش پژوهش حاضر مطالعه موردی است. در این پژوهش، یک آزمودنی ۱۶ ساله دختر که با استفاده از مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه دشواری‌های بین فردی در نوجوانان، مبتلا به افسردگی تشخیص داده شده بود، شرکت کرد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که در زمینه درمان افسردگی نوجوانان روان‌درمانی بین فردی یک رویکرد درمانی کارآمد قلمداد می‌شود.

کلیدواژه‌ها

افسردگی، روان‌درمانی بین فردی، نوجوانان

مقدمه

گستره‌ای از مداخلات روانی - اجتماعی و پزشکی برای درمان افسردگی نوجوانان وجود دارد. متأسفانه در زمینه ارزیابی کارایی این درمان‌ها مطالعات کمی صورت گرفته است. تا به امروز آزمایش‌های بالینی کنترل



۱- دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران

۲- (نویسنده پاسخگو) دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران email: oshokri@yahoo.com

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی



۱۹۹۰؛ کلارک و دیگران، ۱۹۹۵).

افسردگی به عنوان یک اختلال متعارف در میان نوجوانان (بریماهرو دیگران، ۱۹۹۶؛ پراسرو مک - آردل، ۱۹۹۶) - اغلب شامل یک دوره بالینی مزمن و عودکننده است (لویسون و دیگران، ۱۹۹۳). نرخ شیوع علائم افسردگی و اختلالات افسرده ساز از ۰/۸ تا ۱/۳ درصد است (مافسون و دورتا، ۲۰۰۰). اطلاعات بالینی و همه گیرشناسی نشان داده است در حالی که نوجوانان افسرده جمعیت عظیمی را به خود اختصاص داده اند، خدمات درمانی چندانی دریافت نمی کنند (برنز، ۱۹۹۱؛ کلرو دیگران، ۱۹۹۱؛ هابرم، ۱۹۹۲؛ وو و دیگران، ۱۹۹۹). تعداد کمی از نوجوانان افسرده نیازمند به دریافت خدمات درمانی تشخیص داده می شوند که البته از آن تعداد نیز به ندرت خدمات مورد نیاز را دریافت می کنند. نرخ پایین درمان در نوجوانان، می تواند از طریق دستیابی محدود آنان به مراکز درمانی و یا عدم استفاده آنان از مراکز سلامت روانی تبیین شود. ایجاد و گسترش درمان هایی که برای نوجوانان افسرده کوتاه مدت و قابل اجرا باشد، ضرورتی انکارناپذیر است. با توجه به نرخ بالای خلق افسرده و اختلالات افسرده ساز در جمعیت نوجوان و مسیرهای رشدی منفی مربوط به افسردگی نوجوان، این حوزه توجه قابل ملاحظه ای در مداخلات درمانی به خود اختصاص داده است.

روان درمانی بین فردی برای نوجوانان افسرده یا IPT-A^۱ یک انطباق روان درمانی بین فردی است. IPT یک درمان کوتاه مدت است که برای بزرگسالان افسرده گسترش یافته و مورد ارزیابی قرار گرفته است (کلرمن و دیگران، ۱۹۸۴؛ نقل از مافسون و دورتا، ۲۰۰۰). کانون توجه IPT بر نشانگان افسرده ساز بیماران و بافت بین فردی کنونی آنان صرف نظر از سبب شناسی این اختلال است. بنابراین، اهداف کلی IPT شامل کاهش نشانگان افسردگی و بهبود کارکرد بین فردی است. خاستگاه های نظری این شیوه درمانی را می توان در مکاتب فکری بین فردی و به ویژه در آموزش های هری استاک سالیوان و آدولف میر جستجو کرد. رویکرد بین فردی، نسبت به مفهوم

سازی و درمان افسردگی از پشتوانه پژوهشی خوبی نیز برخوردار است (هامن، ۱۹۹۹؛ جویئر، کوین و بلاوک، ۱۹۹۹). مطالعات نشان داده اند که افسردگی حتی در سطوح نیمه بالینی با مسائل بین فردی و تجربه استرس بین فردی، رابطه نشان می دهد (مافسون و دورتا، ۲۰۰۰؛ پویگ - آنتیچ و دیگران، ۱۹۹۳؛ آسلیتین، گورو کولتن، ۱۹۹۴؛ استادرو هوکاسون، ۱۹۹۸). علاوه بر این، مطالعات نشان داده اند که تجارب بین فردی اغلب عوامل آشکار ساز شروع افسردگی هستند (هامن، ۱۹۹۹).

منطق رشد و گسترش IPT-A

شواهد تجربی

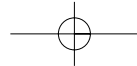
همچنان که پیش از این اشاره شد، در اوایل دهه ۱۹۹۰ فقدان شواهد تجربی حمایت کننده درباره استفاده از درمان های خاص برای افسردگی نوجوانان وجود داشت. بر این اساس، علاقه فزاینده ای نسبت به رشد و آزمون درمان های جدید که کوتاه مدت بوده اند، وجود داشته است.

در فاصله دهه ۷۰ تا ۱۹۸۰ کارآیی IPT برای درمان افسردگی بزرگسالان مورد مطالعه قرار گرفته است (مافسون و دورتا، ۲۰۰۰). با توجه به موفقیت IPT در درمان های بالینی برای بزرگسالان و همچنین وجود شباهت هایی بین نشانگان افسرده ساز بزرگسال و نوجوان، فرض شده است که IPT می تواند برای نوجوانان نیز مفید و موثر واقع شود.

نیاز بالینی

IPT-A یک رویکرد درمانی است که به سادگی در گستره ای از موقعیت ها مورد استفاده واقع می شود. IPT-A به صورت راهنمای مکتوب و کوتاه تهیه شده است. علاوه بر این، IPT-A در فرایند درمان برای والدین نیز نقش منعطفی را در نظر می گیرد. در این رویکرد درمانی برای ملحق کردن والدین در فرایند درمان از روش های متفاوتی استفاده می شود. این روش ها شامل ملاقات آنها به صورت چهره به چهره، تماس های تلفنی و همچنین استفاده از تکنیک های

1. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT-A)



کند. درمانگر به نوجوان کمک می‌کند که برخی از این قابلیت‌ها را در خلال درمان فراگیرد. درمانگر بر این باور است که یک رویکرد آموزشی مبتنی بر شایستگی برای نوجوانان تعیین‌کننده به نظر رسیده و چنین رویکردی به آنان در جهت رشد استقلال و بهم وابستگی در مقابل وابستگی کمک می‌کند. با توجه به تکالیف رشدی نوجوانان - که در بر دارنده حرکت به سوی تفرد و تجربه استقلال است - این رویکرد از دستیابی به اهداف رشدی مناسب حمایت لازم را به عمل می‌آورد. لذا برای نوجوان از جذابیت بیشتری برخوردار است.

انطباق با نسخه بزرگسال: چگونه IPT-A از IPT متمایز می‌گردد؟

تغییرات بسیاری در راهنمای IPT به وجود آمده است که بتوان از آن برای درمان افسردگی نوجوان استفاده کرد. هر چند اهداف کلی و حوزه‌های مسئله IPT در IPT-A نیز مورد استفاده قرار گرفته است. البته یک حوزه دیگر تحت عنوان خانواده تک‌والدی در IPT-A افزوده شده است. این حوزه با توجه به فراوانی نوجوانان تک‌والدی و وجود شواهدی مبنی بر رابطه بین تجربه تک‌والدی با نشانگان افسردگی و مشکلات بین فردی مربوط به چنین موقعیتی، مورد تاکید قرار گرفته است.

تفاوت دیگر، به اهداف IPT-A و تکنیک‌های آن است که برای جمعیت نوجوان مناسب است. تکالیف رشدی شامل تفرد، تجربه استقلال، رشد روابط بین فردی با دیگران از جمله با جنس مخالف و شریک جنسی، مقابله با تجارب دردناک مرگ و فقدان و مدیریت فشارهای رابطه با همسالان می‌باشد. در نهایت، راهبردها به منظور مواجهه با موضوعات ویژه‌ای که ممکن است در فرایند درمان نوجوان به وجود آید گسترش یافت. این موضوعات شامل بی‌زاری از مدرسه، سوء استفاده جسمی و جنسی، مشارکت در مراکز حمایت‌کننده از کودک و مواجهه او با خودکشی است.

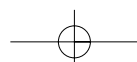
ایفای نقش با درمانگر و نوجوان در طول جلسه می‌باشد. در تکنیک اخیر (ایفای نقش) نوجوان ابتدا با درمانگر تمرین می‌کند و سپس می‌کوشد که تکنیک‌ها را در خانه و بین جلسات مورد استفاده قرار دهد. علاوه بر این، درمانگر از طریق تماس تلفنی و جلسات اضافی به منظور حمایت از نوجوان در دسترس خواهد بود.

تناسب رشدی

از IPT-A به دلیل تناسب رشدی آن با جمعیت نوجوان استفاده شده است. IPT-A عمدتاً بر مسائل بین فردی کنونی متمرکز است که احتمالاً برای نوجوان از اهمیت زیادی برخوردارند؛ بحث درباره آن دسته از رویدادهای بین فردی که تجربه آن در زندگی نوجوانان متعارف است. علاوه بر این، پژوهش‌ها به وضوح نشان داده‌اند که وقایع بین فردی و مهارت‌های روزمره بین فردی می‌توانند در رشد و تداوم افسردگی نوجوان به طور تعیین‌کننده‌ای ایفای نقش کنند (مافسون و دورتا، ۲۰۰۰؛ مارکس و شولز، ۱۹۹۱؛ استادرو هوکاسون، ۱۹۹۸؛ هامن، ۱۹۹۹).

IPT-A یک رویکرد درمانی فعال است که شامل یک مولفه روانی - آموزشی است. این رویکرد درمانی به گونه‌ای سازماندهی شده است که نوجوان به طور فزاینده‌ای می‌تواند بر فرایند درمان کنترل داشته و همچنان که درمان به پیش می‌رود بر نقش فعال نوجوان افزوده می‌شود. محققان نشان داده‌اند که افراد افسرده نسبت به رویکردهای فعال و مبتنی بر آموزش حل مسئله نیاز دارند (مارکس و شولز، ۱۹۹۱؛ هالاها، موس و بونین، ۱۹۹۹). بنابراین، فرایند IPT به مثابه یک الگو برای ایجاد تغییر در نوجوانان افسرده عمل می‌کند.

بُعد روانی - آموزشی این رویکرد درمانی با هدف ایجاد و گسترش شایستگی‌ها و مهارت‌ها در نوجوانان طراحی شده است. لذا، درمانگر نه تنها باید نسبت به شناسایی مسائل و مشکلاتی که نوجوان در حوزه روابط نشان می‌دهد، بلکه نسبت به آموزش مهارت‌های بین فردی و توانمندسازی نوجوان اقدام





شواهد تجربی برای IPT-A (پیشینه پژوهش)

تا به امروز در زمینه IPT-A آزمایش‌های بالینی کنترل شده و کنترل نشده انجام شده است. آزمایش کنترل نشده شواهد اولیه‌ای را برای استفاده از IPT-A فراهم کرده است. هدف آزمایش کنترل نشده کسب تجربه در IPT-A و مشخص ساختن این نکته است که آیا این درمان در جمعیت نوجوان عملی هست یا خیر. نمونه مورد بررسی در آزمایش کنترل نشده IPT-A شامل ۱۴ نوجوان ۱۸-۱۲ ساله بوده‌اند که به دلیل وجود علائم افسردگی به درمانگاه بیمارستان مراجعه کرده‌اند. نتایج این پژوهش کاهش معنادار در نشانه‌شناسی علائم روان‌شناختی و آشفتگی جسمانی را نشان داد. همچنین، نوجوانان بهبودی چشمگیری در کارکردهای روانی-اجتماعی خود نشان دادند. در نهایت، هیپچیک از نوجوانان در پایان درمان واجد ملاک‌های تشخیصی افسردگی نبودند (مافسون و دیگران، ۱۹۹۴).

اگرچه چنین نتایجی قابل انتظار بود، اما، اظهار نظر درباره معنادار بودن نتایج با توجه به فقدان آرایش تصادفی و گروه کنترل مشکل است. از این رو، یک تلاش بالینی کنترل شده تصادفی به منظور مقایسه IPT-A با بازنگری کلینیکی در یک نمونه از نوجوانان افسرده که به درمانگاه ارجاع داده شده بودند، انجام شد (مافسون و همکاران، ۱۹۹۹). نوجوانان با استفاده از یک بسته شامل مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون^۱ (HRSD)، مقیاس خودگزارشی، سیاهه افسردگی بک^۲ (BDI) و همچنین دو مصاحبه بالینی، برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان مدرسه‌ای^۳ (K-SADS-E)، برنامه مصاحبه تشخیصی کودکان^۴ (DISC نسخه ۲/۳) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نوجوانان با عدم تشخیص اختلال افسردگی شدید که تجربه اقدام به خودکشی یا روان‌پریشی و کسانی که واجد ملاک‌های تشخیصی بیماری‌های جسمانی مزمن، اختلال دو قطبی^۲ و ۱، اختلال سلوک، سوء مصرف مواد، اختلال خوردن یا اختلال وسواس فکری - عملی نبودند، در این مطالعه شرکت کردند.

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
2. Beck Depression Inventory
3. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children
4. Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3

از ۵۷ نوجوانی که واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش حاضر بودند ۴۸ نفر موافقت کردند که به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گیرند.

نوجوانان به طور تصادفی در گروه‌های IPT-A یا بازنگری بالینی قرار گرفتند. بازنگری بالینی شامل جلسات ۳۰ دقیقه‌ای در طول یک ماه است. در هر دو موقعیت، درمان در طول ۱۲ هفته دنبال شد. نتایج حاصل از به کارگیری هر یک از دو موقعیت شامل تشخیص و سطوح نشانگان، کارکرد کلی و اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی بود.

نتایج حاکی از کارآمدی بهتر برنامه IPT-A در مقایسه با بازنگری بالینی بود. نتیجه درمان از جنبه‌های مختلف مقایسه شد. اول، تکمیل درمان، اغلب بیماران IPT-A به طور معناداری (۸۸٪) در مقایسه با گروه کنترل (۴۸٪) درمان را به پایان رساندند.

دوم، با توجه به نشانگان افسرده ساز در هر دو گروه، بیماران IPT-A نشانگان افسردگی کمتری را نسبت به گروه کنترل گزارش کردند. و سرانجام، مقایسه دو گروه بر اساس شاخصهای بهبودی که بیماران IPT-A به طور معناداری در مقایسه با بیماران گروه کنترل، ملاک‌های بهبود بیشتری را نشان دادند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماران IPT-A در مقایسه با گروه کنترل کارکرد اجتماعی بهبود یافته تری داشتند.

در نهایت، افراد گروه آزمایش در حوزه‌های مشخصی از مهارت‌های حل مسئله اجتماعی شامل جهت‌گیری حل مسئله مثبت و حل مسئله منطقی ارائه راه حل‌های جایگزین، اجرا و تایید راه حل‌ها بهبودی قابل ملاحظه‌ای نشان دادند. اگرچه مطالعات بیشتری به منظور مقایسه گروه‌های متفاوت در میان جمعیت‌های نوجوان متفاوت مورد نیاز است، نتایج آزمایش فوق نشان می‌دهد که IPT-A در زمینه افسردگی نوجوان یک درمان کارآمد قلمداد می‌شود.



تاریخچه طولانی مشکلات بین فردی شدید هستند توصیه نمی‌شود. بلکه این رویکرد درمانی برای آن دسته از نوجوانانی مناسب است که یک رخداد بین فردی قابل شناسایی داشته که به مثابه یک عامل آشکارکننده یا زمینه‌ساز در افسردگی آنها ایفای نقش می‌کند. IPT-A همچنین برای نوجوانان کم‌توان ذهنی، سایکوتیک، دو قطبی، قاتل و یا آن دسته از نوجوانانی که دارای سوء مصرف مواد هستند، مناسب نیست.

عوامل مشترک

عوامل متعددی وجود دارند که تمام مراحل درمان و به طور مستقیم اهداف IPT-A بر آن مبتنی است. این عوامل شامل سازماندهی، پیش‌بینی‌پذیری درمان، نقش‌های درمانگر و بیمار و استفاده از رویکرد مبتنی بر تشریح مساعی است. اگرچه محتوای هر جلسه IPT-A تا حدی متفاوت است، لکن ساختار جلسات مشترک و یکسان است. پیش‌بینی‌پذیری این ساختار به نوجوان کمک می‌کند که به طور فعال هدایت فرایند درمان را بر عهده بگیرد.

در IPT-A درمانگر نقش فعالی را از طریق اجرای ارزیابی از نشانگان افسردگی و کارکرد بین فردی، تمرکز مداوم بر بحث درباره نشانگان مرتبط با یک یا بیش از یک موقعیت ایجادکننده با مسئله، آشکار ساختن تعارض و کمک به جمع‌آوری راه‌حل‌های جایگزین ایفا می‌کند.

نقش بیمار در فرایند درمان IPT-A تا حدی پیچیده است. در IPT-A افسردگی به صورت یک بیماری تعریف شده است و بیمار از یک نقش «محدود شده به واسطه بیماری» برخوردار است. به عبارت دیگر، در طول مرحله شدید بیماری، عملکرد بیمار در برخی از حوزه‌ها از شکل بهینه خود فاصله می‌گیرد. آنچه گفته شد نشان می‌دهد که انتظارات بیمار از خود و انتظارات دیگری از عملکرد او باید تعدیل شود. به همین جهت ماهیت نقش بیمار به طرق مختلف محدود می‌شود. اول، از نوجوان انتظار می‌رود علیرغم وجود این واقعیت که بیماری او ممکن است

روش پژوهش

در این پژوهش یک آزمودنی دختر ۱۶ ساله که بر اساس مصاحبه بالینی و آزمون‌های تشخیصی مبتلا به افسردگی تشخیص داده شده بود مورد مطالعه و درمان قرار گرفت. پس از تشخیص نوع اختلال، آزمودنی با استفاده از روان‌درمانی بین فردی درمان شد.

IPT-A: درمان

اهداف کلی IPT-A شامل کاهش نشانگان افسردگی و بهبود کارکرد روابط بین فردی است. لازم به ذکر است که نه اهداف IPT-A و نه تکنیک‌های مورد استفاده به منظور دستیابی به این اهداف در درمان افسردگی بدیع نیستند. آنچه منحصر به فرد به نظر می‌رسد شیوه‌ای است که در آن، اهداف و تکنیک‌های مورد نظر در برنامه درمان افسردگی نوجوان مورد استفاده واقع می‌شود. گفتنی است که IPT-A برای تمام نوجوانانی که نشانگان افسردگی را تجربه می‌کنند، یک رویکرد درمانی مناسب نیست.

انتخاب بیمار

تجربه بالینی نشان داده است که میان شرایط برخی از بیماران با میزان احتمال موفقیت IPT-A رابطه وجود دارد. آن دسته از بیمارانی که به منظور حضور در فرایند درمان برانگیخته شده و یا حداقل در تلاشند که در یک یا چند حوزه روابط بین فردی که با افسردگی آنها رابطه دارد، عملکرد بهتری نشان دهند، در استفاده از این رویکرد درمانی در الویت قرار می‌گیرند. علاوه بر این، بیماران باید قادر به ایجاد یک توافق درمانی بوده، نسبت به حضور در یک فرایند درمانی کوتاه مدت احساس نیاز کرده و همچنین با درمانگر در باره اینکه حداقل یک مسئله بین فردی وجود دارد، موافقت کنند. نوجوانانی که خانواده آنها از حضورشان در فرایند درمان حمایت کرده و مشوق آنها برای تداوم فرایند درمان هستند، بیشتر احتمال دارد که نتایج مثبتی از درمان دریافت کنند.

برنامه IPT-A برای آن دسته از بیمارانی که دارای



مرحله اولیه

مرحله اول درمان IPT-A شامل جلسات ۱ تا ۴ است. ۸ تکلیف در این مرحله از درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. جدول ۱ تکالیف مربوط به هر مرحله از درمان IPT-A را نشان می‌دهد. یک نکته مهم و قابل توجه در جلسات اولیه درمان در نظر گرفتن مراحل برای درمان و ایجاد قرارداد درمانی است. در IPT-A این موضوع مستلزم آشکار بودن فرایند ارزیابی و درمان است. فرایند آشکار ارزیابی و درمان شامل توصیف ماهیت کوتاه مدت و تعریف نقش درمانگر و بیمار از ابتدا است. با توجه به آنچه گفته شد طول مدت درمان IPT-A، ۱۲ جلسه و هفته ای ۱ جلسه است. ممکن است درمانگر به ویژه در هفته‌های اول درمان در خلال جلسات هفتگی به صورت تلفنی با بیمار و خانواده او در تماس باشد، که این مسئله در تسهیل رابطه درمانی و ایجاد اعتماد نسبت به درمان کمک می‌کند. این بُعد درمان و همچنین دیگر ابعاد باید برای نوجوان و خانواده او توضیح داده شود تا اینکه دوره درمان برای آنها قابل پیش بینی باشد. توصیه می‌شود که والد (یا والدین) بیمار حداقل در اولین جلسه درمان مشارکت کنند. اگر برای والدین حضور در جلسه درمان ممکن نیست، درمانگر باید یک جلسه جداگانه برای والدین در نظر گیرد و در آن جلسه درمانگر می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را که در فرایند تشخیص بیماری و تعیین سطح عملکرد بین فردی بیمار موثر است بدست آورد. علاوه بر این، والدین می‌توانند اطلاعات مهمی را درباره رویکرد درمانی و دوره درمان بدست آورند. در این مرحله هدف این است که والدین از نقش موثر خود به عنوان یک درمانگر حمایت کننده به دلیل تماس فراوان خود با نوجوان آگاه شوند.

در طول مرحله اولیه IPT-A یکی از تکالیف اولیه، ارزیابی است. درمانگر یک ارزیابی تشخیصی بالینی و یک ارزیابی بین فردی اجرا می‌کند. غالب اوقات ارزیابی تشخیصی در طول جلسه اولیه انجام می‌گیرد. در طول جلسات آتی نیز درمانگر از ارزیابی‌های مختصرتر به منظور ارزیابی هر گونه تغییر در نشانگان استفاده می‌کند. با استفاده از منابع مختلف که

در انجام تکالیف به صورت بهینه خللی وارد کند، توجه خود را به انجام تکالیف مدرسه معطوف دارد. برای نوجوانانی که به دلیل تجربه افسردگی از مدرسه غیبت می‌کنند تلاش و توجه قابل ملاحظه ای باید صرف این موضوع گردد و رویکرد مبتنی بر تشریح مساعی به منظور حمایت از نوجوان برای بازگشت به مدرسه به شکل تدریجی استفاده شود.

به طور مشابه، از بیمار انتظار می‌رود که در فرایند درمان از طریق کمک به درمانگر در دستیابی به راه حل‌هایی برای معماهای بین فردی، کشف احساسات و تمرین تکنیک‌های جدید برای مدیریت بر آن موقعیت‌ها و روابط بین فردی فعال باشد. علاوه بر این، بخش روانی - آموزشی IPT-A بیمار را ترغیب می‌کند که نقش یک یادگیرنده و مشارکت کننده فعال را در فرایند درمان ایفا کند. بیمار به منظور پذیرش نقشی فعال در خلال فرایند درمان تشویق می‌شود. با توجه به آنچه گفته شد بیمار و درمانگر یک گروه را تشکیل می‌دهند.

مفهوم تشریح مساعی نه تنها رابطه بیمار و درمانگر بلکه خانواده، کارکنان مدرسه و افراد دیگر را شامل می‌شود. اگرچه IPT-A عمدتاً یک درمان فردی است، اما نسبت به ملحق کردن افراد مهم دیگر به درون ابعاد درمانی، انعطاف قابل ملاحظه ای نشان می‌دهد. علاوه بر این، رابطه با درمانگر به مثابه یک بافتی است که بیمار می‌تواند به طور فعال راهبردهای مورد نظر را برای به کارگیری در ارتباط با افراد مهم زندگی به کار گیرد و تمرین کند.

دوره درمان

دستیابی به اهداف مزبور مستلزم رسیدن به چهار هدف در IPT-A است:

شناسایی حوزه مشکل، نشانگان افسرده ساز مرتبط با حوزه مسئله ساز، تمرکز بر روابط فعلی و کمک به بیمار جهت تسلط بر بافت بین فردی افسردگی. این اهداف با درجات متفاوت در سه مرحله درمان IPT-A شامل مرحله اولیه، مرحله میانی و مرحله پایانی مورد توجه قرار می‌گیرد.



تاثیری که این موارد بر دیگر روابط او دارند نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. درمانگر همچنین باید از هر رخداد مهم زندگی نوجوان که به افسردگی او مربوط می‌شود، آگاهی حاصل کند. این رخدادهای می‌تواند شامل تغییر در ساختار خانواده، فوت، بیماری، تصادف یا ضربه، تغییرات در مدرسه، تغییر در موقعیت زندگی و شروع روابط جنسی باشد.

به دنبال ارزیابی روابط بین فردی، درمانگر درباره رابطه میان موضوعات بین فردی تعیین کننده، شروع، تداوم و یا تشدید افسردگی بحث می‌کند. با استفاده از این اطلاعات درمانگر به نوجوان کمک می‌کند که توجه خود را به یک حوزه مسئله ساز بین فردی که کانون توجه فرایند درمان را تشکیل می‌دهد، معطوف کند. درمانگر برای بیمار و خانواده او توضیح می‌دهد که درمان بر نشانه‌های افسرده ساز بیمار و این حوزه مسئله ساز متمرکز است. ۵ حوزه مساله ساز احتمالی شامل سوگ^۳ مربوط به مرگ یا جدایی، بیماری؛ مجادله بین فردی^۴؛ تغییرات نقش^۵؛ نقایص بین فردی^۶؛ خانواده تک‌والدی است (حوزه‌های مساله ساز مربوط به آزمودنی پژوهش حاضر در بخش بحث ویژه به طور دقیق ارائه شده است). زمانی که حوزه مسئله ساز تعریف می‌شود بیمار و درمانگر یک قرارداد درمانی مکتوب را به وجود می‌آورند که در آن حوزه مسئله و همچنین انتظارات و نقش هر یک در خلال درمان مشخص می‌شود. نه تنها قرارداد درمانی برای درمان مفید است، بلکه به مثابه یک الگو برای روابط بین فردی عمل می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که فقدان شفافیت در ارتباط بزرگسالان و نوجوانان افسرده مشاهده می‌شود (موفسون و دورتا، ۲۰۰۰؛ سلسنیک و والدرون، ۱۹۹۷).

بحث ویژه

حوزه‌های مساله ساز بین فردی

همانطور که پیش از این اشاره شد، IPT-A اهداف دوگانه کاهش نشانگان افسردگی و بهبود کارکرد روابط بین فردی را دنبال می‌کند. حوزه اولیه کارکرد روابط بین فردی هدف واقع شده برای یک نوجوان، از

ترجیحا شامل والد و بیمار است، نشانگان فعلی بیمار و تاریخچه نشانگان افسرده ساز با انجام مصاحبه بالینی ارزیابی می‌شود. در این زمان باید نشانگان دیگری از قبیل مانیا، سایکوز، سوء مصرف مواد، افکار خودکشی که ممکن است IPT-A را یک درمان نامناسب برای بیمار جلوه دهد نیز بررسی شود. کارکرد روانی اجتماعی کلی نوجوان با استفاده از اطلاعات چندگانه نیز ارزیابی می‌شود. گستره‌ای از ابزارهای ارزیابی شامل مصاحبه‌ها و مقیاس‌های خودگزارشی یا مقیاس‌های درجه بندی متخصص بالینی ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. مولفه مهم دیگر ارزیابی، آموزش^۱ است. هم نوجوان و هم والدین باید درباره شرایط افسرده ساز آموزش ببینند. به عبارت دیگر، درمانگر باید علائم را بررسی کند، درباره اینکه آنها درباره بیماری چه می‌دانند و درباره گزینه‌های درمان و تبیین واقعی از پیامدهای بالقوه درمان با آنان بحث کند.

تمرکز بعدی IPT-A بر تشخیص‌های بین فردی^۲ مبتنی است. درمانگر یک ارزیابی بین فردی از مهمترین روابط بیمار به عمل می‌آورد. ارزیابی بین فردی که تمرکز اولیه جلسات دوم تا چهارم را به خود اختصاص می‌دهد با استفاده از پرسشنامه بین فردی انجام می‌گیرد. هدف اجرای پرسشنامه بین فردی شناسایی آن دسته از موضوعات بین فردی است که با شروع و تداوم افسردگی بیمار رابطه نشان می‌دهند. به عبارت دیگر، مجموعه‌ای از مباحثات با هدف جمع آوری اطلاعاتی درباره روابط نوجوان با دیگران انجام می‌شود. اگر چه منبع آگاه کننده اولیه در پرسشنامه، خود نوجوان است، اما افراد دیگری از قبیل والدین و معلمان نیز می‌توانند اطلاعات مفیدی را فراهم نمایند.

اطلاعات جمع آوری شده درباره روابط مهم شامل فراوانی، محتوا، بافت روابط بین بیمار و دیگران، مدت و یا انتظارات رابطه، ابعاد مثبت و منفی رابطه، تغییراتی که بیمار تمایل دارد در روابط خود با دیگران ببیند و ایده‌های او درباره شروع و اجرای این تغییرات دارد، و نقش افسردگی در روابط و بالعکس است.

3. grief
4. interpersonal disputes
5. role transitions
6. interpersonal deficits

1. education
2. interpersonal diagnostic



سرپرست آنان و به طور متعارف با محوریت موضوعات جنسی، قدرت، پول و ارزش‌های زندگی اتفاق می‌افتد (میلر، ۱۹۷۴؛ نقل از مافسون و دورتا، ۲۰۰۰). چنین مجادلاتی همیشه منجر به افسردگی نوجوان نمی‌شوند. در واقع، مجادلات بخش اساسی بسیاری از تلاش‌های نوجوانان برای دستیابی به خودمختاری و واکنش به فرایند تفرّد است. وقتی این مجادلات مزمن می‌شوند و نوجوانان و والدین دیگر قادر به مدیریت آنها نیستند، می‌توانند برای طرفین رابطه به صورت یک عامل تنیدگی را تجربه شوند. علاوه بر این، برخی از نوجوانانی که افسردگی یا علائم افسردگی را تجربه کرده‌اند ممکن است از مهارت خاصی برای مدیریت این مجادلات برخوردار نباشند. در چنین مواردی مجادلات می‌توانند افسردگی نوجوان را تشدید کنند.

در برخورد با این حوزه از مساله، مهم این است که ابتدا مجادله شناسایی و تعریف شود. مجادله می‌تواند موضوعات مختلفی را در بر گیرد. اغلب، مجادله به دلیل حفظ ارزش‌های سنتی از جانب والدین می‌باشد، در صورتی که نوجوانان بانفوذ قابل توجه همسالان - فشار همسالان - مواجه می‌شوند. این موضوع به وفور در میان خانواده‌های مهاجر، مشاهده می‌شود. والدین دارای ارزش‌های متفاوت با نوجوانان بیشتر به بحث و مشاجره می‌پردازند. مجادله ممکن است به صورت یکی از سه مرحله زیر باشد: گفتگوی مجدد، بن بست، فروپاشی (مافسون و دورتا، ۲۰۰۰). در طول گفتگوی مجدد، نوجوان و دیگری که برای او مهم هستند در ارتباط بوده و تلاش می‌کنند که مجادله را حل کنند. در طول مرحله دوم، بن بست، طرفین تلاش برای بحث یا حل تعارض را متوقف می‌کنند. در طول مرحله سوم، فروپاشی، هر دو طرف به این نتیجه می‌رسند که مجادله نمی‌تواند حل شود و تصمیم می‌گیرند که به رابطه خاتمه دهند. بعد از شناسایی و تعریف مجادله، درمانگر با نوجوان و هر زمان که امکان پذیر باشد با والدین کار می‌کند تا یک طرح عملی برای پرداختن به مجادله را گسترش دهد. این کار باعث روشن شدن انتظارات

طریق حوزه مساله ساز روابط بین فردی شناخته شده تعریف می‌گردد. در IPT-A پنج حوزه مساله ساز بین فردی وجود دارد که هر یک از آنها اهدافی را به منظور بهبود کارکرد بین فردی ردیابی می‌کنند. علاوه بر این، برای هر حوزه مساله ساز مجموعه‌ای از راهبردها وجود دارد که می‌تواند به منظور تحقق بخشیدن به اهداف مرتبط با حوزه مساله ساز خاص و همچنین اهداف کلی تر درمان IPT-A به کار گرفته شود. هر یک از حوزه‌های مساله ساز، بر اساس مطالعات تجربی و همچنین آن دسته از مشاهدات بالینی که رابطه‌ای را بین حوزه بین فردی ویژه و افسردگی نوجوان نشان داده است، انتخاب شده است. IPT-A فرض‌هایی را درباره روابط احتمالی بین حوزه‌های مساله ساز بین فردی و افسردگی ارائه نمی‌دهد. حوزه مساله ساز بین فردی ممکن است قبل از افسردگی به وقوع پیوندد و یا در پاسخ به افسردگی مشاهده شود. لازم به ذکر است که در غالب سناریوهای حوزه مساله ساز بین فردی و افسردگی اثرات تشدید کننده متقابلی بر یکدیگر دارند.

در ادامه دو حوزه مساله ساز بین فردی شامل مجادله‌ها و نارسایی‌های بین فردی با محوریت اهداف خرد و راهبردهای مرتبط با هر یک و رابطه خاص بین حوزه مساله و افسردگی به طور مختصر مورد توجه قرار می‌گیرد. برای دستیابی به اطلاعات بیشتر درباره هر یک از حوزه‌ها می‌توانید به راهنمای IPT-A مافسون، ماریو، ویسمن و کلرمن (۱۹۹۳) مراجعه کنید.

حوزه مساله ساز ۱: مجادله‌های بین فردی

در این حوزه، هدف کمک به نوجوان در شناسایی مجادله، رشد یک طرح عملی برای مورد توجه قرار دادن مجادله، و بهبود بخشیدن ارتباطات و انتظارات به منظور یافتن راه‌حلی برای مجادلات است.

مجادله در بردارنده نقش‌های بین فردی موجود در موقعیت‌هایی است که یک فرد و «دیگران مهم» انتظاراتی یک سو به در روابط خود دارند. چنین مجادلاتی به طور فراوان بین نوجوانان و والدین یا



اجتماعی شود. این تکالیف رشدی شامل دوست یابی از میان همسالان، شرکت در فعالیت‌های غیردرسی، رشد همانندسازی با گروه همسالان، شروع قرار ملاقات و یادگیری تصمیم‌گیری در خصوص روابط منحصر به فرد، شغل و... است (موفسون و دورتا، ۲۰۰۰). این مشکلات سبب می‌شوند که نوجوانان ضمن تجربه انزوای اجتماعی، کاهش اعتماد به خود و عزت نفس علائم افسردگی شدیدتری را نشان دهند. افسردگی اغلب با کناره‌گیری و انزوای اجتماعی بیشتر همراه بوده، که این خود تجربه عقب‌ماندگی در مهارت‌های بین‌فردی را حتی بعد از درمان افسردگی برای نوجوانان نوید می‌دهد. الگوی IPT-A تعدادی از راهبردها را برای این حوزه از مشکل به کار می‌گیرد که شامل بررسی روابط مهم در گذشته، تجارب بین فردی و کشف مشکلات بین فردی می‌شود. در طول درمان، درمانگر می‌کوشد که نوجوان رابطه بین اثر نارسایی بر روابط و علائم افسردگی را بفهمد. اگرچه نام این حوزه از مشکل نارسایی‌های بین فردی است، درمان بیشتر بر توانایی‌ها متمرکز می‌شود. برای مثال، درمانگر به نوجوان کمک می‌کند که در یابد که چگونه مهارت‌های به کار برده شده در گذشته یا در بافت بین فردی دیگر می‌تواند مفید باشد. علاوه بر این، راهبردهای جدید برای رسیدن به موقعیت‌ها از طریق ایفای نقش، شناسایی و تمرین می‌شوند. نوجوانان تشویق می‌شوند که این راهبردها را برای حفظ روابط موجود و ایجاد روابط جدید به کار گیرند. اعضای خانواده بویژه زمانی که نارسایی‌های بین فردی نوجوان تحت تاثیر روابط خانوادگی قرار دارد می‌توانند در درمان مشارکت کرده به رشد مهارت‌های او کمک کنند.

مرحله میانی

تمرکز اولیه مرحله میانی IPT-A که شامل جلسات ۵ تا ۸ است، بر کشف پیوسته حوزه مسئله ساز بین فردی شناخته شده و اینکه چگونه این حوزه با تجارب بین فردی فعلی، تعاملات و سبب شناسی رابطه

نوجوان و والدین از خودشان، از یکدیگر و روشن شدن انتظارات در ارتباط با یکدیگر می‌شود. در عین حال که هدف کلی رسیدن به راه حل مجادله است، درمانگر همچنین باید در زمینه بهبود ارتباطات و انتظارات آنها نسبت به یکدیگر و نسبت به ارتباط شان با نوجوان و والدین او کار کند. چنانچه یک راه حل غیرممکن به نظر رسید، درمانگر برای گسترش راهبردهایی برای مواجهه با انتظارات والدین - انتظاراتی که نمی‌توان تغییر داد - با نوجوان کار می‌کند. اگرچه ایده آل آن است که در اکثر موارد والدین در جلسات درمانی شرکت کنند، این مرحله از مساله می‌تواند با حضور نوجوان به تنهایی و در مواقع ضروری مورد توجه قرار گیرد.

در طول مرحله میانی درمان، درمانگر به درک بهتر نوجوان از رابطه بین مجادله‌های علائم افسرده ساز ادامه می‌دهد. بهبود در چنین نوجوانانی ممکن است به شکل تغییرات در رفتار یا انتظارات و نیز کاهش علائم افسردگی مشاهده شود.

حوزه مساله ساز ۲: نارسایی‌های بین فردی

هدف بین فردی دیگر، کمک به نوجوان در کاهش احساس انزوای اجتماعی از طریق بهبود مهارت‌های اجتماعی او از جمله مهارت‌های ارتباطی، افزایش اعتماد به خود، استحکام روابط فعلی و ایجاد روابط جدید است.

زمانی که یک نوجوان فاقد مهارت‌های اجتماعی لازم برای ایجاد و حفظ روابط مناسب با خانواده، همسالان یا افراد مهم دیگر باشد، نارسایی‌های بین فردی به مثابه یک حوزه مساله ساز مورد توجه قرار می‌گیرد. اگرچه چنین نارسایی‌هایی می‌تواند در کودکان و نوجوانان با مشکلات سلامت روانی هم مشاهده شود، IPT-A و این حوزه از مشکل فقط مربوط به درمان نوجوانانی می‌شود که افسرده بوده و نارسایی‌های بین فردی شان کمتر فراگیر یا نتیجه افسردگی یا منابع استرس خاصی است.

نارسایی‌های بین فردی می‌تواند مانع موفقیت نوجوان در تکالیف رشدی او به ویژه در حوزه‌های



مرحله پایانی

در بسیاری از جهات مرحله پایانی IPT-A که شامل جلسات ۹ تا ۱۲ است به فرایند پایانی درمان‌های دیگر شباهت دارد. تکالیف مرتبط با این مرحله در جدول ۱ قابل مشاهده است. مهم است که درمانگر پاسخ‌های بیمار و اعضای خانواده را نسبت به مرحله پایان درمان مورد توجه قرار دهد. همچنین باید دوره علائم افسرده ساز و علائم فعلی، رابطه بین علائم افسرده ساز و حوزه‌های مسئله ساز بین فردی شناسایی کرده و راهبردهایی که برای بیمار مفید به نظر می‌رسد را بررسی کند. عود احتمالی افسردگی و نشانه‌های هشداردهنده و مدیریت آنها باید مورد توجه قرار گیرد. اگرچه درمانگر نقش فعالی در فرایند درمان ایفا می‌کند، اما مشارکت نوجوان، اعتماد به خود درباره مدیریت دشواری‌های بین فردی یا هیجانی آتی را به همراه خواهد داشت. درمانگر باید ملاقات مشابهی با

می‌یابد مبتنی است. تکالیف ویژه مرتبط با این مرحله در جدول فهرست شده است. در این مرحله تمرکز بر شناسایی مسئله، رشد راهبردهای جدید مدیریت برای موضوعات مرتبط با مسئله و اجرای این راهبردهاست. اگرچه تکنیک‌های به کار گرفته شده و راهبردهای توصیه شده در هر حوزه، خاص می‌باشد، لکن راهبردهای کلی شامل اکتشاف، تشویق برای بیان عواطف، رابطه بین عاطفه و رویدادهای بین فردی؛ روشن کردن تعارضها، تحلیل روابط و تکنیک‌های تغییر رفتار مانند ایفای نقش است. نقشی که خانواده و کارکنان مدرسه در این مرحله از درمان ایفا می‌کنند، خاص هر فرد است. با این وجود، به عنوان یک قاعده هر چه میزان همکاری بیشتر باشد احتمال اینکه نوجوان پیشرفت‌های درمان را به موقعیت‌های خارج از درمان منتقل کند، بیشتر است.

مرحله	تکالیف درمانی
اولیه	<ul style="list-style-type: none"> ۱ - تشخیص افسردگی ۲ - ارزیابی مناسب بودن بیمار برای IPT-A ۳ - اجرای پرسشنامه بین فردی / رابطه افسردگی با بافت بین فردی ۴ - شناسایی حوزه (های) مسئله بین فردی ۵ - تبیین نظریه و اهداف IPT-A ۶ - ایجاد یک قرارداد درمانی با بیمار و والدین ۷ - توضیح نقش بیمار و والدین در فرایند درمان
میانی	<ul style="list-style-type: none"> ۱ - نظارت بر نشانه‌های افسردگی ۲ - توجه به درمان جنبی (پزشکی) ۳ - کمک به بیمار در بحث درباره موضوعات مربوط به حوزه (های) مسئله شناسایی شده. ۴ - رابطه احساسات بیمار با رویدادهای بین فردی و روابط ۵ - اجرای تحلیل رابطه ۶ - رشد و گسترش راهبردهای حل مسئله بین فردی ۷ - ملاقات با والدین برای مشاوره و آموزش / تشویق آنها در نقش خود به عنوان درمانگر مشترک
پایانی	<ul style="list-style-type: none"> ۱ - بررسی علائم هشداردهنده افسردگی ۲ - بررسی حوزه (های) مسئله شناسایی شده ۳ - بررسی راهبردها به منظور بهبود روابط ۴ - بررسی تغییرات در نوجوان و خانواده ۵ - پیش بینی موقعیت‌های احتمالی آتی و بررسی راهبردها برای مدیریت موقعیت‌ها ۶ - بحث درباره احساسات بیمار نسبت به پایان درمان و رابطه با درمانگر ۷ - بحث درباره احتمال عود افسردگی و راهبردهایی برای مدیریت چنین بازگشت‌هایی

جدول ۱- تکالیف درمانی در هر مرحله از روان‌درمانی بین فردی برای نوجوانان افسرده (IPT-A) برگرفته از مافسون و دورتا (۲۰۰۰)



مناسب (الگوپردازی)، تمرین رفتار، تشویق و بازخورد بود.

الگوپردازی^۷

مشاهده رفتار افراد دیگر یک منبع مهم یادگیری محسوب می‌گردد. الگوپردازی به نمایش مهارت هدف واقع شده از سوی دیگران اشاره می‌کند. تهیه نوارهای ویدیویی برای درمانگر آسان به نظر می‌رسد. راه حل جانشین دیگر این است که از کودکان یا نوجوانان دیگر به عنوان الگو استفاده شود. برخی شواهد نشان می‌دهند که برخی از کودکان در مقایسه با دیگران بیشتر سرمشق می‌گیرند (بندورا، ۱۹۷۷، نقل از اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹). پیشنهاد شده است که الگو باید با کودکان تشابه سنی داشته باشد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد که کودکان از الگوهای کارآمد بهتر یاد می‌گیرند.

تمرین رفتار^۸

منظور از تمرین رفتار ایجاد فرصت هایی است که در طی آن کودکان و نوجوانان مهارت‌های مشاهده شده را تمرین می‌کنند. ایفای نقش فرصتی را فراهم می‌کند که طی آن کودکان و نوجوانان مهارت‌های یادگرفته شده را قبل از اینکه در موقعیت‌های واقعی زندگی استفاده نمایند، به کار گیرند. هدف ایفای نقش، نمایش مهارت هایی است که در دنیای واقعی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. بنابراین تلاش در جهت ایجاد سرنخ‌ها و محتوای ایفای نقش به صورت واقعی ضروری می‌باشد.

بازخورد درباره عملکرد^۹

بازخورد درباره کیفیت عملکرد و پیشنهادهای درباره بهبود فرایند رشد مهارت‌ها ضروری به نظر می‌رسد. در یادگیری مهارت‌های اجتماعی، تقسیم آنها به گام‌های متناوب و تدریجی برای دستیابی به مهارت‌های هدف مهم است. بهتر است بازخورد بلافاصله بعد از یک عملکرد ارائه شود و همچنین کاملاً روشن و خاص باشد. علاوه بر این، بازخورد باید

والدین بیمار به منظور بررسی فرایند حرکت به سوی اهداف درمان، علامت‌های هشداردهنده برای عود علائم و طراحی به منظور مدیریت استرس‌های آتی داشته باشد. سرانجام، درمانگر می‌تواند با نوجوان و والدین او درباره ارجاعات و گزینه‌های درمانی بیشتر بحث و گفتگو کند. گفتنی است که در فرایند درمان، طی جلسه‌های روان‌درمانی بین فردی از راهبردهای زیر به منظور افزایش کفایت بین فردی نوجوان استفاده شد:

■ آموزش مهارت‌های اجتماعی - رفتاری^۱

■ آموزش مهارت‌های ادراک اجتماعی^۲

■ آموزش استفاده از خودآموزی به منظور هدایت رفتار^۳

■ آموزش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی^۴

■ جایگزینی افکار موثر و مثبت به جای افکار ناکارآمد و منفی^۵

■ مهارت‌های آرمیدگی و مواجهه به منظور مدیریت بر اضطراب اجتماعی^۶

در اکثر برنامه‌های چندبعدی ارتقاء کفایت اجتماعی، جلسات شامل آموزش مهارت‌های رفتاری با هدف دسترسی به ریزمهارت‌هایی مانند تماس چشمی، تظاهرات چهره‌ای، بلندی صدا و ژست است. مراحل اولیه آموزش همچنین شامل بخش‌هایی درباره مهارت‌های ادراک اجتماعی و آرمیدگی است. زمانی که مهارت‌های پیش نیاز کسب گردید آموزش تکالیف اجتماعی پیچیده‌تر از قبیل مکالمات، درخواست برای مشارکت، پیشنهاد و درخواست کمک، مواجهه با انتقاد، دعوت کردن، مواجهه با شوخی و آزار دیگران شروع می‌شود.

آموزش مهارت‌های رفتاری اجتماعی

طیفی از روش‌های مختلف ممکن است به منظور آموزش مهارت‌های رفتاری - اجتماعی به نوجوان مورد استفاده قرار گرفت. این روش‌ها شامل آموزش‌های کلامی، مباحثه، نمایش پاسخ‌دهی

1. behavioural social skills training
2. social perception skills training
3. training in the use of self-instructions to guide behaviour
4. social problem-solving skills training
5. replacement of unhelpful thoughts with positive, helpful thinking
6. relaxation skills and exposure for management of social anxiety

7. modelling

8. behaviour rehearsal

9. feedback about performance



موقعیت‌های اجتماعی رامی بینند یا تفسیر می‌کنند و آگاهی از اینکه یک مسئله اجتماعی وجود دارد. از تصاویر، نوارهای ویدیویی، نوارهای شنیداری و ایفای نقش که شامل طیفی از سرنخ‌های غیرکلامی ابراز هیجانات و مسائل اجتماعی هستند به مثابه محرک‌هایی برای آموزش مهارت‌های فوق استفاده می‌شود.

آموزش خودآموزی

مفهوم آموزش خودآموزی^۲ در کار ویگوتسکی (۱۹۶۲؛ نقل از اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹) و لوریا (۱۹۶۱؛ نقل از اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹) ریشه دارد. ویگوتسکی و لوریا بر این باور بودند که غالب رفتارهای فرد تحت کنترل افکار یا گفتار درونی او قرار دارد. وقتی که کودکان توانایی کنترل بر رفتار خود را می‌آموزند این توانایی در وهله اول نتیجه تاثیرات بیرونی از قبیل تنبیه و پاداش والدین است. وقتی که کودکان بزرگتر می‌شوند از طریق آموزش‌های کلامی خود به کنترل رفتار خود مبادرت می‌کنند. به تدریج این کنترل از طریق گفتار درونی و خاموش رخ داده تا اینکه این پاسخ به طور خودآیند نمایش داده می‌شود. مایکنابم و گودمن (۱۹۷۱؛ نقل از اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹) جزء اولین درمانگرانی بودند که از این رویکرد برای آموزش کودکان در جهت کنترل بهتر رفتارشان استفاده کردند. در اولین گام الگوی بزرگسالی، تکلیف هدف را در حالی که با صدای بلند صحبت می‌کند، انجام می‌دهد. در گام دوم کودک همان تکلیف را در حالی که آموزش‌های بزرگسال را می‌شنود انجام می‌دهد. در گام سوم کودک تکلیف را در حالی که مراحل انجام آن را با صدای بلند تکرار می‌کند، اجرا می‌کند. در گام چهارم، از کودک خواسته می‌شود هنگام انجام تکلیف آموزش‌ها را به طور آهسته برای خود بگوید. در پایان کودک تکلیف را در حالی که از گفتار درونی و خاموش استفاده می‌کند، انجام می‌دهد. از این شیوه به منظور آموزش کودکان در کنترل رفتار و یادگیری مهارت‌های جدید استفاده می‌گردد.

مثبت و سازنده باشد و با تشویق برای تلاش و عمل همراه شود. اگر همسالان در فراهم کردن بازخورد دخالت دارند تمرکز بر ابعاد مثبت عملکرد کودک و نوجوان مهم می‌باشد. بازخورد می‌تواند از طریق خودارزیابی در طول فرایند درمان ارائه شود.

تکالیف خانگی^۱

یکی از ویژگی‌های آموزش مهارت‌های رفتاری، اجتماعی تاکید بر استفاده از تکالیف خانگی است که رشد مهارت‌ها را در خلال جلسات درمانی ترغیب و تشویق می‌کند. علاوه بر افزایش مقدار زمان تمرین، تکالیف خانگی این امکان را فراهم می‌کند که کودکان و نوجوانان مهارت‌های جدید را در موقعیت‌های واقعی زندگی تجربه کنند. به نظر می‌رسد که اجرای موفقیت آمیز مهارت‌ها در موقعیت‌های طبیعی امکان تعمیم مهارت‌ها به درون موقعیت‌های زندگی روزمره را افزایش می‌دهد. دستورالعمل‌های مربوط به تکالیف خانگی باید کاملاً روشن و خاص بوده و بر روی کارت نوشته شده تا در خانه نیز قابل استفاده باشند.

آموزش مهارت‌های ادراک اجتماعی

تلاش‌های کمی به منظور ارزیابی اثربخشی آموزش مهارت‌های ادراک اجتماعی انجام شده است. این رویکرد در مقایسه با رویکردهای دیگر در مداخلاتی که به منظور افزایش صلاحیت اجتماعی طراحی می‌شوند کمتر مورد توجه قرار گرفته است (اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹). با این وجود، لاین و اسپنس عناصر برنامه آموزش مهارت‌های ادراک اجتماعی را به شرح ذیل فهرست کرده‌اند:

- توانایی بازشناسی و تفکیک هیجانات و احساسات خود،
- توانایی بازشناسی و تفکیک هیجانات و احساسات دیگران از طریق سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی آنها،
- توانایی تشخیص ویژگی‌های موقعیت‌های اجتماعی از قبیل قوانین اجتماعی و اهداف آن،
- توانایی درک اینکه چگونه دیگران

2. self-instructional training

1. home tasks



آموزش تفکر مثبت و سودمند

برخی از اشکال تفکر از انجام رفتارهای اجتماعی پخته جلوگیری می‌کند. برای مثال، افکاری که پیامد منفی را پیش بینی می‌کنند به شدت خود انتقادکننده هستند. آگاه کردن نوجوانان از این افکار غیر موثر و جایگزین کردن افکار مثبت و موثر به جای آنها امکان پذیر می‌باشد. این حوزه پژوهشی بازسازی - شناختی نامیده می‌شود. بازسازی - شناختی شامل سه عنصر است.

اول، یک فرایند آموزشی است که در طی آن کودکان و نوجوانان متوجه می‌شوند افکار منفی و غیر موثر چه هستند و چرا مسئله ساز تلقی می‌گردند. دوم، کودکان و نوجوانان تشخیص دهند که این افکار کی و کجا بروز می‌کنند.

سوم، کودکان و نوجوانان یاد می‌گیرند که افکار منفی و غیر موثر را باروش‌های تفکر مثبت و موثر جابجا کنند.

در گام اول کودکان با نمونه‌هایی از افکار منفی و غیر موثر مواجه شده و به دنبال آن دلایلی درباره اینکه چرا چنین افکاری غیر موثر هستند، ارائه می‌گردد. با بیان مثال‌هایی کودکان و نوجوانان می‌آموزند، چگونه افکار ممکن است احساس و رفتار افراد را تحت تاثیر قرار دهد.

در گام دوم بر توانایی تشخیص اینکه کی و کجا افکار غیر موثر بروز می‌کند، تاکید می‌شود. در این مرحله از کودکان خواسته می‌شود که به شرح وقایع و رخدادهایی بپردازند که روابط آنها یا تعاملشان با دیگران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سپس از آنها خواسته می‌شود که بگویند در آن لحظه به چه چیزهایی فکر می‌کردند و این افکار چگونه رفتار آنها را تحت تاثیر قرار داده است. همچنین از تکالیف خانگی به منظور تشخیص نیز استفاده می‌شود. گام سوم شامل یک چالش شناختی ساده است که کودکان یاد می‌گیرند که تفکر غیر منطقی و غیر انطباقی خود را با تفکر واقع بینانه و مثبت جایگزین نمایند.

حل مسئله اجتماعی

بسیاری از محققان، آموزش حل مسئله اجتماعی به کودکان و نوجوانان را پیشنهاد کردند (اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹). این رویکردها به کودکان کمک می‌کنند که در فرایند تفکر خود گام‌هایی به منظور پاسخدهی مناسب نسبت به مسائل اجتماعی بردارند. این گام‌ها شامل:

- ۱- تشخیص وجود و ماهیت یک مسئله اجتماعی،
- ۲- تاکید بر تفکر قبل از عمل و اجتناب از تکانش‌وری،
- ۳- تفکر درباره راه‌های جانشین محتمل برای حل مسئله،
- ۴- پیش بینی پیامدهای احتمالی راه حل‌های جایگزین،
- ۵- انتخاب و انجام بهترین راه حل.

آموزش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی شامل آموزش و مباحثه درباره گام‌های حل مسئله است که طیفی از مسائل اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. زمانی که گام‌ها در سطح علمی گرفته شدند، روش‌های خودجهت‌دهی به منظور راهنمایی کودکان و نوجوانان از طریق این گام‌ها ضرورت می‌یابد. در ابتدا، کودک هر گام را که توسط مربی آموزش داده می‌شود فرامی‌گیرد. سپس، از او خواسته می‌شود که در انجام هر یک از گام‌های حل مسئله با صدای بلند آن را تکرار کنند. در مرحله بعد، از فرد خواسته می‌شود در حالی که توالی حل مسئله را مرور می‌کنند با خود به طور بی‌صدا صحبت کنند. در ابتدا تکالیف غیر اجتماعی از قبیل حل مازها ممکن است به دنبال طیفی از تکالیف بین فردی مورد استفاده قرار گیرد. برای مثال، برنامه تفکر با صدای بلند (اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹) به کودکان آموزش می‌دهد که در مواجهه با یک مسئله چهار سوال را مطرح کنند:

- ۱- مساله چیست؟
- ۲- من چه کاری می‌توانم انجام دهم؟
- ۳- آیا کار ساز خواهد بود؟
- ۴- چگونه عمل کردم؟



آموزش آرمیدگی^۱

هیجانانی از قبیل خشم، احساس گناه و ترس اغلب باعث می‌شوند که کودکان و نوجوانان نتوانند از مهارت‌های اجتماعی خود استفاده کنند. آرمیدگی حالتی است که با این هیجاناناهم‌ساز است. بنابراین، اگر به کودکان و نوجوانان آموزش دهیم که در مواجهه با مسائل اجتماعی آرمیده باشند به احتمال زیاد هیجاناناه منفی کاهش یافته و احتمال اینکه آنها بتوانند به شیوه‌ای موثر پاسخ دهند افزایش می‌یابد. انواع متفاوتی از تمرین‌های آرمیدگی را می‌توان به کودکان و نوجوانان آموزش داد که برخی از آنها عبارتند از مراقبه، خود هیپنوتیزمی، تصویرسازی ذهنی، آرمیدگی ماهیچه‌ای پیشرونده، آرمیدگی کنترل شده از طریق علامت. اسپنس (۱۹۹۵؛ نقل از اسپنس و دونوان، ۱۹۹۹) مجموعه‌هایی از دست‌نوشته‌های مربوط به آرمیدگی را که برای مراجعین جوان مناسب است تدارک دیده است.

شیوه جمع‌آوری داده‌ها

مراجع دختری است ۱۶ ساله که در کلاس دوم دبیرستان درس می‌خواند. طول درمان آزمودنی ۱۲ جلسه بوده است. در اولین جلسه درمان و در پاسخ به سوالات درمانگر اظهار داشت «یک سال است که احساس خوبی ندارم، احساس تنهایی و نومیدی می‌کنم، از اینکه بخواهم در جمع حضور یابم یا در جمع صحبت کنم دچار اضطراب می‌شوم؛ در برخورد با جنس مخالف خجالت می‌کشم و فکر می‌کنم که می‌خواهند مسخره‌ام کنند؛ برایم سخت است که نظراتم را بگویم؛ در مقابل انتقادات یا صحبت‌های دیگران سریع عصبانی شده، پر خاش یا قهر می‌کنم؛ نسبت به رفتار و کردار دیگران بدبین هستم، فکر می‌کنم دیگران قصد آزار و ناراحتی مرا دارند از این رو تمایلی ندارم که با کسی رابطه داشته باشم، در مقابل هم فکر می‌کنم هیچ کس علاقه و تمایلی به برقراری ارتباط با من ندارد؛ هیچ کس مرا دوست ندارد؛ از هیچ تقریحی لذت نمی‌برم؛ هر کاری مرا خیلی زود خسته می‌کند؛ انجام تکالیف مدرسه انرژی و وقت زیادی از

من می‌گیرد و برایم آماده کردن تکالیف دشوار است».

تدابیر تشخیصی

ملاک تشخیصی برای اختلال افسرده خوئی مطابق با DSM-IV-TR (بیخوابی، کمبود انرژی یا احساس خستگی، پایین بودن احترام به نفس، عدم تمرکز یا اشکال در تصمیم‌گیری، احساس درماندگی) وجود خلق افسرده را در مراجع تایید کرد. ملاک‌های تشخیصی مربوط به بیماری‌های جسمانی مزمن، اختلال دوقطبی (نوع اول و دوم)، روان‌پریشی، عقب ماندگی ذهنی، افکار خودکشی، اختلال سلوک، سوء مصرف مواد، اختلال خوردن، اختلال وسواس فکری - عملی در بیمار مشاهده نشد. پرسشنامه دشواری‌های بین فردی برای نوجوانان^۱، سطح دشواری بین فردی ادراک شده به وسیله نوجوان در دامنه وسیعی از روابط و موقعیت‌های اجتماعی نسبت به افراد با سن، جنس و سطح اقتدار و صمیمیت متفاوت، در بافت‌های مختلف شامل خانواده، مدرسه، دوستان، روابط با جنس مخالف و حتی موقعیت‌هایی شامل خیابان، فروشگاه‌ها و ساختمان‌های عمومی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه از ۵ خرده‌مقیاس تشکیل شده است: جرات‌ورزی، روابط با غیرهمجنس، صحبت کردن در جمع، روابط خانوادگی و دوستی نزدیک. افزایش نمرات افراد در این پرسشنامه نشان دهنده افزایش سطح دشواری‌های بین فردی آنان می‌باشد. مراجع در اکثر خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه نمره بالایی را کسب کرد. همچنین، پرسشنامه افسردگی بک نیز توسط مراجع تکمیل شد که حاکی از افسردگی قابل توجه وی بود (نمره وی در پرسشنامه بک ۲۳ بدست آمد).

تدابیر درمانی

در جلسه‌های درمانی نتایج آزمون‌های انجام شده برای آزمودنی مورد نظر تفسیر شد. در ادامه در باره مهم‌ترین روابط بیمار که بیشترین تنش را برای او به همراه داشت بحث شد. این روابط شامل ارتباط او با

1. Questionnaire about Interpersonal Difficulties for Adolescents (QIDA)

1. relaxation training



مسائل کنونی پرسیده شد. در ادامه به مراجع و والدین او درباره ماهیت درمان IPT-A توضیح داده شد، اینکه این درمان کوتاه مدت بوده (۱۲ جلسه) و هفته‌ای ۱ بار ملاقات با بیمار ضروری است. درمانگر اطمینان خاطر داد که در هفته‌های اول درمان در حد فاصل جلسات هفتگی، بیمار می‌تواند در مواقع ضروری به صورت تلفنی با او در تماس باشد. با بیمار درباره قرار داد درمانی مبنی بر همکاری و حضور فعال وی در فرایند درمان (جلسات تعیین شده هفتگی) و به کارگیری تکالیف درمانی در حد فاصل جلسات درمانی بحث شد. در نهایت، پس از ارزیابی‌ها و آموزش در باره شرایط افسرده ساز و پس از اینکه حوزه مسئله ساز تعریف شد، بیمار و درمانگر یک قرارداد درمانی مکتوب تنظیم کردند که در آن حوزه مسئله ساز و همچنین انتظارات و نقش هر یک در خلال درمان مشخص شد. درمانگر برای بیمار و خانواده او توضیح داد که درمان بر علائم افسرده ساز بیمار و حوزه‌های مسئله ساز نارسایی‌های بین فردی و مجادله‌های بین فردی مبتنی است.

در طی یک جلسه درمانی با پدر مراجع به طور جداگانه معلوم شد که والدین بیمار توجه بیشتری به فرزند کوچکتر پسر خود دارند، که البته دلایل آنها برای توجه بیشتر، عملکرد تحصیلی بهتری و خوش خلق تر بودن فرزند پسر بود. آنها همچنین بیان کردند که مراجع از بچگی ساکت و کمرو بوده است که این امر برای آنها مشکلی ایجاد نمی‌کرده است، اما در ۳-۲ سال اخیر ساکت بودن و پر خاشگیری او با فرزند کوچکتر مشکل ساز شده است. آنها حسادت دختر خود را نیز ویژگی ناپسند دیگر او شمردند که سبب انزوای او شده است و باعث شده که دیگران نیز رغبت و تمایلی به ارتباط با او نشان ندهند.

درمانگر به مراجع توضیح داد که حضور فعال و مرتب وی در فرایند درمان لازم و ضروری است. اهمیت و ضرورت انجام تکالیف داده شده از سوی درمانگر در خلال جلسات درمانی به مراجع گوشزد شد. از طرفی به والدین مراجع بر نقش موثر و تعیین کننده آنها به عنوان درمانگر حمایت کننده (درمانگر مشترک) در

برادر، پدر و خاله اش است. مراجع برادری کوچکتر از خود دارد (۲ سال کوچکتر) که روابط آنها با هم خصمانه است. مراجع آشکارا بیان می‌کند که از او متنفر است و دیگر نمی‌تواند وجود او را تحمل کند. وی اظهار می‌کند که پدر رفتار تبعیض آمیزی نسبت به او و برادرش دارد، برادرش زورگواست و با زرنگی شرایط بهتری را برای خود فراهم کرده است. برادر از نظر درسی نمرات خوبی دارد و پسر شاد و سرزنده‌ای است، با دوستان، فامیل، پدر و مادر رابطه خوبی دارد و از این بابت والدین همیشه رفتار و عملکرد تحصیلی او را با مراجع مقایسه و به نحوی او را تحسین می‌کنند. از طرفی مراجع خاله‌ای دارد که تقریباً همسن و سال او (۲ سال بزرگتر از او)، درس خوان و خوش پر خورده و با نشاط است. مراجع در سال‌های گذشته ارتباط خوبی با خاله همسن و سال خود داشته اما در یک سال گذشته روابطش با او رو به سردی گذاشته، به طوری که مراجع می‌گوید دوست ندارم او را ببینم، دیدن و صحبت کردن با او آزارم می‌دهد. به خصوص از وقتی که کنکور داده است و گفته قبول می‌شود دیگره دوست ندارم ببینمش. همه فامیل، مادر و پدر من به نحوی مستقیم و غیرمستقیم رفتار و کردار و توانایی‌های او را به رخ من می‌کشند. در مجموع می‌توان گفت حوزه‌های مسئله ساز در روابط بین فردی این مراجع، نارسایی‌های بین فردی و مجادله‌های بین فردی است که باید در فرایند درمان کانون توجه قرار گیرد. درباره حوزه‌های مسئله ساز به مراجع و والدین بیمار توضیحات لازم داده شد تا آنها نیز توجه خود را به حوزه‌های مذکور جلب کنند. از بیمار و والدین وی درباره علائم افسردگی و میزان آگاهی آنان درباره این اختلال سوال شد. سپس درمانگر اطلاعات کاملی درباره اختلال و پیامدهای شناختی رفتاری و عاطفی و تاثیر منفی که می‌تواند بر کارکرد روانی اجتماعی بیمار داشته باشد، در اختیار آنان قرار داد. درباره گزینه‌هایی که می‌توانند وضعیت فعلی را بهبود بخشند با بیمار و والدین بحث شد. نقطه نظرات و انتظارات بیمار و والدین به طور جداگانه درباره شرایط فعلی و گزینه‌های احتمالی برای حل



فرایند درمان تاکید شد.

از جلسات پنجم درمان به بعد درمانگر به شناسایی دقیقتر مسائل بین فردی و مجادله‌های موجود در روابط مهم مراجع با طرفین رابطه پرداخت. از مراجع خواسته شد موارد مهمی از تبادلات کلامی و غیرکلامی خود را با برادر، پدر و خاله بیان کند. برای مثال (۱)، یک روز در منزل بودیم که زنگ درب منزل به صدا درآمد، طبق معمول برادرم مشتاقانه رفت ببیند که کیست. بعد از لحظاتی دیدم خاله ام وارد منزل شد، در حالی که پیچ کنان با برادرم حرف می‌زد و می‌خندید به سمت آشپزخانه و به سراغ مادرم رفت و دقایقی هر سه آنجا بودند بدون اینکه به من توجهی داشته باشند، بعد از مدتی خاله ام به سمت من آمد و گفت چه خبر؟ من هم با سردی گفتم هیچی و رفتم توی اتاقم و در را بستم. او دیگر تا شب که خانه ما بود به سراغ من نیامد و خدا حافظی هم نکرد. در مرحله میانی، درمانگر در طی جلسات با دقت علائم افسرده ساز بیمار را از طریق تکالیف هفتگی دنبال کرد. از جلسه پنجم درمان به بعد یک جلسه در میان و در ابتدای هر جلسه پرسشنامه افسردگی بک برای بررسی علائم افسردگی (تشدید یا تخفیف) توسط مراجع تکمیل شد.

در خلال مرحله اولیه درمان بیمار اظهار کرد که گاهی اضطراب زیادی را تجربه می‌کند، به طوری که صدای ضربان قلبش را می‌شنود (به خصوص در مواردی که مورد ارزیابی قرار می‌گیرد).

در ادامه از مراجع خواسته شد که نمونه‌ای از مجادله‌های خود با برادرش را مطرح کند (مثال ۲). وی گفت: ما معمولاً ماهیانه از پدر پول می‌گیریم. اما برادرم غیر از ماهیانه باز هم از پدرم پول می‌گیرد و مادر هم گاهی به اصطلاح خودش تحت عنوان جایزه به او پول می‌دهد. این بی‌عدالتی و بدجنسی برادرم برای پول بیشتری گرفتن باعث می‌شود که من احساس کنم والدینم، برادرم را بیشتر از من دوست دارند و بین ما تبعیض قائل می‌شوند. او هم از شرایطی که برایش فراهم می‌کنند خوب استفاده می‌کند. البته باید بگویم آنها پیشنهادهای مختلفی هم برای

کلاس‌های درسی و ورزشی به من می‌کنند، اما از آنجا که این کلاس‌ها برای من جاذبه‌ای ندارد و علاقه ندارم، آن را نمی‌پذیرم. یک روز برادرم گفت: مامان، من پول ماهیانه ام را تمام کردم و دلم بستنی می‌خواهد. مادرم بهش پول داد و گفت که برو و ۲ تا بستنی برای خودش و من بخر. برادرم برگشت و لبخند زان گفت من ۲ تا بستنی را خوردم، فلانی که بستنی دوست ندارد، اصلاً کسانی که خوب درس نمی‌خوانند حق ندارند بستنی بخورند! مادرم لبخندی زد و گفت برای چی بستنی او را خوردی؟، همین و دیگر هیچ. من هم از کوره در رفتم و گفتم... در حین این اوضاع پدرم از راه رسید و وقتی هیاهوی ما را برای بستنی دید به من گفت تو خجالت نمی‌کشی برای یک بستنی اینطور می‌کنی؟ گرچه ام گرفته بود که پدرم بدون اینکه از مکالمه ما آگاه باشد از برادرم پشتیبانی می‌کرد، قهر کردم و رفتم توی اتاقم و تا چند روز با هیچکس حرف نمی‌زدم.

در باره مثال ذکر شده در صفحه قبل (۱) از بیمار خواسته شد که احساس خود را درباره تعاملی که با برادر و خاله اش داشته، بیان کند. وی گفت احساس بدی داشتم. فکر می‌کردم که آنها دارند درباره من حرف می‌زنند و مرا مسخره می‌کنند، چون اگر می‌خواستند مرا هم در جریان گفتگو و آنچه که بینشان می‌گذشت، می‌گذاشتند. در این مواقع احساس تنهایی زیادی می‌کنم و اینکه چرا دیگران مرا به حساب نمی‌آورند. از همه بدم می‌آید، همینطور از خودم که چرا باید اینطور باشد.

در این بخش روابط معیوب بین مراجع و تک تک افرادی که با موضوع مجادله و نارسایی در رابطه هستند بررسی شد. در زمینه مجادله مراجع با برادر کوچکترش، از او خواسته شد که انتظارات خود را از وی و انتظارات برادر از خود را بیان کند و سپس درباره معقول یا غیرمعقول بودن آنها بحث شد. نکته مهم دیگر در باره شفاف سازی روابط کلامی و غیرکلامی بود، درباره اینکه زمانی که موقعیت دارای ابهام یا از نظر وی تهدیدکننده است با طرفین رابطه درباره فهم درست موقعیت بحث و تبادل نظر شود تا



مجادله در بر دارنده نقش‌های بین فردی موجود در موقعی است که یک فرد و دیگران مهم او انتظارات یک سویه‌ای در روابط خود دارند. اینکه مجادلات به طور فراوان بین نوجوانان و والدین آنان و به طور متعارف با محوریت موضوعات مختلف اتفاق می‌افتد. چنین مجادلاتی به تنهایی منجر به افسردگی نوجوان نمی‌شوند. در واقع، مجادلات بخش اساسی بسیاری از تلاش‌های نوجوانان برای دستیابی به خودمختاری و واکنش به فرایند تفرّد است. وقتی این مجادلات مزمن می‌شوند و نوجوانان و والدین دیگر قادر به مدیریت آنها نیستند، می‌توانند مشکل سازتر شده و به صورت یک استرس قابل توجه، نزد آنان شوند. علاوه بر این، برخی از نوجوانانی که افسردگی یا علائم افسردگی را تجربه کرده‌اند، ممکن است از مهارت خاصی برای مدیریت این مجادلات برخوردار نباشند. در چنین مواردی مجادلات می‌توانند افسردگی نوجوان را تشدید کنند.

در برخورد با مجادلات بین فردی، مهم است که ابتدا مجادله شناسایی و تعریف شود. یعنی از مراجع بخواهیم مجادله را تعریف کند و اگر برداشت نادرستی از آن دارد، تصحیح شود. تعریف مجادله مرحله مجادله را مشخص می‌کند. مجادله ممکن است در یکی از سه مرحله احتمالی قرار داشته باشد: گفتگوی مجدد، بن بست، فروپاشی. در طول گفتگوی مجدد، نوجوان و دیگران مهم او با یکدیگر در ارتباط هستند و تلاش می‌کنند که مجادله را حل کنند. در طول مرحله دوم، بن بست، نوجوان و دیگران مهم او ارتباط و تلاش برای بحث یا حل تعارض را متوقف کرده‌اند. در طول مرحله سوم، فروپاشی، نوجوان و دیگران مهم او مصمم هستند که مجادله نمی‌تواند حل شود و تصمیم می‌گیرند که به رابطه خاتمه دهند. با توضیح مراحل مجادله نوجوان و یا خانواده وی آگاهی پیدا می‌کنند که مجادلات آنان در کدام مرحله قرار دارد (مرحله بن بست). پس از این با همفکری نوجوان و والدین او طرحی عملی برای پرداختن به مجادله پی ریزی می‌شود. برای مثال، یک گفتگوی ساده بین دو فرزند به مداخله سوگیرانه

اگر سوء تفاهمی هست برطرف شود. به مراجع گفته شد که وی به دلیل عدم برخورداری از مهارت‌های شناختی اجتماعی و رفتاری لازم بسیاری از روابط را تنش‌زا و تحقیرآمیز تفسیر می‌کند. نکته دیگری که به مراجع یادآوری شد، بیان احساسات مثبت و یا منفی خود به شیوه‌ای محترمانه در موقعیت‌های مختلف است و دعوت مراجع از طرفین رابطه به بیان چنین احساساتی است. ضمن بررسی روابط معیوب، از بیمار خواسته شد در نقش افراد مختلف (برادر، پدر، مادر، خاله و خود) در موقعیت‌های مختلفی که وی در طول جلسات به عنوان موضوع درگیری یا بحث و جدل مطرح کرده بود، به ایفای نقش پردازد و بعد از هر ایفای نقش احساس و نظر او درباره فرایند ارتباط و راه حلی که به نظرو وی می‌تواند روابط نارسار بهبود بخشد، پرسیده شد. همچنین تعارض‌های مراجع درباره مسائل مختلف فردی و بین فردی و اینکه وی از راهبردهای انفعالی به جای راهبردهای فعال و مبتنی برمسئله استفاده می‌کند، بحث شد. درباره احساسات منفی درباره خود به دلیل تجربه‌های شکست و صحبت شد، اینکه وی با تعمیم شکست به موارد دیگر، خود را به ناتوانی و عدم شایستگی محکوم می‌کند. اینکه از نظروی عملی صحیح و شایسته است که به طور کامل و بی نقص انجام شود در حالی که هر فردی می‌تواند به موفقیت دست پیدا کند. توجه مراجع به این نکته جلب شد که افسردگی پیامدهای مختلفی به بار می‌آورد که مراجع باید به آنها توجه داشته و معیارهای خود را در مقایسه با گذشته از خود کاهش دهد و کم بعد از کسب مهارت‌های لازم که در طول جلسات درمانی به وی آموزش داده می‌شود، انتظاراتش از خود را افزایش دهد.

همان طور که پیشتر اشاره شد، یکی از حوزه‌های مسئله ساز، مجادله بین فردی بین مراجع و برادر وی بود. هدف درمانگر کمک به نوجوان در شناسایی مجادله، رشد یک طرح عملی برای مورد توجه قرار دادن مجادله و بهبود بخشیدن ارتباطات و انتظارات به منظور یافتن راه حلی برای مجادلات است. باید برای مراجع و حتی والدین توضیح داده شود که



من به عنوان یک دختر دوست داشتنی و درس خوان نام می بردند. اما بعد از آن وقتی درباره موضوعی اظهار نظر می کردم و نظری مخالف نظر والدین و یا یکی از بزرگترهایم داشتند آن را حمل بر گستاخی من می کردند و به شدت با من مقابله می کردند. در مدرسه دوستانی داشتم که شیطان و جسور بودند و از این بابت از داشتن آنها احساس خوبی داشتم که آنها هم مثل من سعی می کنند نظرات خودشان را ابراز کنند. ابتدای دوره دبیرستان من با شور و حرارت بر سر مسائل مختلف با والدینم به بحث می پرداختم، اما رفته رفته احساس کردم که آنان از این بابت ناراحت و نگران من هستند و دیگر مثل گذشته به من توجه و محبت نشان نمی دهند. در مقابل، برادر کوچکترم روز به روز بیشتر مورد توجه آنان قرار می گرفت، که این موضوع احساسات مرا جریحه دار می کرد. در این زمان خانواده مادر بزرگم (و خاله کوچکم) به تهران آمدند و من مصاحبت با خاله کوچکم را دلنشین یافتم. کسی بود که حرف های مرا بفهمد. مدتی سعی داشت که به بهتر شدن روابط من و والدینم کمک کند، اما بعد از مدتی نمی دانم به چه دلیل، دیگه اهمیتی نمی داد و من فقط از حضور دائم او در خانه احساس آرامش می کردم. وارد دبیرستان شدم و دوستان قبلی ام به شهر دیگری رفتند. دبیرستان از من انتظارهایی مثل خانواده داشتند. در ابتدا به دلیل گستاخی (البته از نظر آنان) چندباری مرا تنبیه کردند و مرا به خانه فرستاده و اولیا مرا خواستند. والدینم نیز همنا با اولیا مدرسه گستاخی مرا نکوهش کردند. همکلاسی هایم به فکر درس خواندن بودند و بس! و من از این بابت احساس بدی داشتم. یادم است سر یک کلاس من حرف بدی به معلم نزد، ولی به قول خودش به دلیل حاضر جوابی، مورد توهین قرار گرفتم. از درس نفرت پیدا کردم. من که تا به آن روز درس هایم را به موقع آماده می کردم و با علاقه به مدرسه می رفتم دیگه دلم نمی خواست به مدرسه بروم. روز به روز وضعیت درسی ام بدتر شد و نمراتم افت کرد و آخر سال کارنامه ای با ۵ تجدیدی را به خانه بردم. والدینم به شدت از من انتقاد کردند و گفتند تو خیلی بد شدی.

والدین منجر نشود و اگر قرار بر دخالت والدین است بهتر است مسئله موجود بین دو طرف به طور شفاف از جانب طرفین گفته شود و والدین به عنوان مداخله کنندگان بی طرف نظرات خود را بگویند و راهکارهای عملی برای حل مسئله را بیان کنند و از فرزندان خود بخواهند که به دیدگاه طرف مقابل توجه داشته و به جای برخورد یک طرفه و سوگیرانه راه حلی منصفانه و منطقی با حفظ احترام و حقوق دیگری، به حل مسئله بپردازند.

درباره حوزه مسئله ساز دیگر، نارسایی های بین فردی، به نوجوان توضیح داده شد که هدف کمک به نوجوان در کاهش احساس انزوای اجتماعی از طریق بهبود مهارت های اجتماعی از جمله مهارت های ارتباطی، افزایش اعتماد به خود، استحکام روابط فعلی و ایجاد روابط جدید است. به مراجع توضیح داده شد که نارسایی های بین فردی می توانند مانع موفقیت نوجوان در تکالیف رشدی او به ویژه در حوزه های اجتماعی شود. این تکالیف رشدی شامل دوست یابی از میان همسالان، شرکت در فعالیت های غیردرسی، رشد همانندسازی با گروه همسال، شروع قرار ملاقات و یادگیری تصمیم گیری در خصوص روابط منحصر به فرد، شغل و ... است. اینکه این مشکلات سبب می شود نوجوان انزوای اجتماعی و کاهش اعتماد به خود و کاهش عزت نفس را تجربه کند که این به نوبه خود می تواند به تشدید احساس افسردگی کمک کند. افسردگی نیز به کناره گیری و انزوای اجتماعی بیشتر منجر شده که این نیز به یک عقب ماندگی و تاخیر در مهارت بین فردی حتی بعد از حل افسردگی در نوجوان می شود.

از مراجع درباره روابط گذشته دور خود با پدر و مادر سوال شد (مثال ۳). وی بیان کرد از زمانی که یادم می آید من دختر آرامی بودم و از این بابت پدر و مادرم خیلی خوشحال بودند، آنها عقیده داشتند که دختر باید آرام و صبور باشد. اما برادرم پرجنب و جوش و پرهیاهو بود، ولی با همه شیطنت ها باز هم دوستش داشتند. وضع درسی ام تا قبل از دبیرستان (دوم راهنمایی) تقریباً خوب بود و فامیل همیشه با افتخار از



بعد از بررسی تکالیف خانگی و مذاکره با والدین مشخص شد که از میان راهبردهای آموزش داده شده، راهبرد حل مسئله اجتماعی و مهارت‌های ادراک اجتماعی و تفکر مثبت و سودمند موثرترین شیوه‌هایی بودند که در برخورد مراجع با مجادله‌ها و نارسایی‌های بین فردی و کاهش علائم افسرده ساز کارآمد نشان داده شد. لذا درمانگر با مراجع به بررسی فرایندهای مشکلات و استفاده موثر از راهبردها برای بهبود حوزه‌های مذکور پرداخت. برای مثال، قبل از یادگیری مهارت‌های ادراک اجتماعی (مثال ۱) مطرح شد که پیچ پیچ آرام برادر با خاله، عامل قهر و عصبانیت مراجع از خاله و برادرش. در این مورد مسئله با مراجع بررسی شد:

تشخیص وجود و ماهیت یک مسئله اجتماعی. آیا با توجه به اینکه شما نمی‌دانستید آنها در باره چه حرف می‌زنند، آیا شما می‌توانید قضاوت کنید که آنها در باره شما حرف می‌زنند؟ پس اینجا شما باید به طور مستقیم و شفاف از آنها در باره مکالمه‌شان می‌پرسیدند و بعد قضاوت می‌کردید، در غیر این صورت این نمی‌تواند یک مسئله باشد و توجه شما را به خود جلب کند. همچنین اگر آنان قصد مسخره و آزار شما را داشتند شما در مرحله ۲ می‌توانید قبل از اینکه واکنش نشان دهید، در باره عمل آنها و نیت آنها در باره مسخره کردن و آزار شما، کمی فکر کنید و واکنشی سریع نشان ندهید و به جای آن به راه حل و واکنش مناسب به رفتار آنها فکر کنید. در مرحله ۳، علاوه بر این، بهتر است به راه حل‌های مختلف و نه یک راه حل در برابر رفتار آنها فکر کنید. برای مثال، پرسید که به چه چیزی می‌خندید من هم دوست دارم بدانم. در مرحله ۴ خود را در هر یک از موقعیت‌های راه حل‌های مختلف قرار داده و پیامدهای آن را بررسی کنید، ۵- بعد از بررسی پیامدهای مختلف بهترین راه حل که به نحوی موثر به حل مسئله می‌انجامد را انتخاب و دست به عمل بزنید. برای مثال (و در صورت حدس درست در باره آزار و مسخره کردن آنها) فکر می‌کنم رفتار دیروز من باعث شده که شما در صد جبران برآیید، اینطور نیست؟ بهتر نیست در باره رفتار

قبلا خیلی دوستت داشتیم ولی ۲-۳ سال است که سر به هوا و گستاخ شدی، خالات را نگاه کن کسی بهش نمی‌گوید چه بکن و چه نکن، خودش درسش را می‌خواند و مثل تو سر به هوا نیست. از مقایسه من با برادر و خاله ام دیگر خسته و منزجر شدم. این جارو جنجال‌ها دیگر مرا خسته کرده بود. گاهی اصلاحی توجه به حرف‌ها و کارهایشان با آنها حرف نمی‌زدم و گاهی که خیلی عصبانی ام می‌کردند با آنها می‌جنگیدم. این وضع هر روز بدتر می‌شد به طوری که فکر می‌کنم غیر قابل تحمل شده و از اینکه مجبورم با خانواده ام زندگی کنم خیلی ناراحتم، چون احساس می‌کنم آنها مرا این گونه دوست ندارند و من هم آن گونه که آنها دوست دارند نمی‌توانم باشم. از زمانی که وارد دبیرستان شده‌ام، دوست خوبی نداشته‌ام و با یکی دو نفری که اظهار تمایل می‌کردند، نتوانستم ارتباط خوبی برقرار کنم. اصلاً فکر می‌کنم هرگز نمی‌توانم دوستی داشته باشم.

درمانگر با مراجع و والدین به طور جداگانه در باره تغییرات رشدی در دوران بلوغ، تلاش نوجوان برای دستیابی به خودمختاری صحبت کرد. اینکه مجادلات و اختلاف نظرها در این دوران طبیعی هستند و اینها ذاتاً منجر به افسردگی او نمی‌شوند. آنچه که سبب بروز افسردگی می‌شود عدم مهارت در مدیریت این مجادلات و مباحثات از جانب نوجوان و والدین است. اینکه برخی والدین به این تغییرات رشدی به شدت واکنش نشان می‌دهند و نسبت به استقلال نوجوان پذیرنده نیستند. لذا این برخوردها در درازمدت باعث می‌شود که اعتماد نوجوان به خود، به دلیل تضاد و تعارضی که در ارتباط با والدین تجربه می‌کند، کاهش یابد. از طرفی چنین تجاربی سبب بروز افسردگی می‌شود که خود پیامدهای متعدد رفتاری، شناختی، انگیزشی، جسمی و عاطفی در بر دارد که بر عملکرد و روابط با افراد در محیط اجتماعی اثر گذاشته، عزت نفس فرد را کاهش داده و باعث انزوای اجتماعی فرد می‌شود، که در نهایت این انزوا منجر به عقب ماندگی در کسب مهارت‌های اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود.



دیروز من بیشتر بدانید چون ...

بدین ترتیب، مرور و بررسی حل مسئله با مراجع از طریق این مراحل، می تواند سبب روشن شدن و کشف احتمالی مسئله و حل موفقیت آمیز مسئله بدون به وجود آمدن مجادله جدی و یا مخدوش شدن رابطه شود.

یافته‌های پژوهش

پس از آموزش راهبردهای مذکور به مراجع و آگاه سازی والدین از اختلال و پیامدهای آن و شیوه مواجهه صحیح و سازنده با مراجع، در پایان هر جلسه تکالیفی مبنی بر به کارگیری راهبردها در زندگی روزمره به مراجع داده می شود (خود یاری) و در آغاز هر جلسه این تکالیف بررسی می شود. اهمیت جدی گرفتن تکالیف برای نوجوان توضیح داده می شود. مهمترین ویژگی این تکالیف تقویت احساس استقلال مراجع از درمانگر و کمک به حل مسائل خود است. بررسی تکالیف در هر جلسه به درمانگر کمک می کند که مشکلات را به طور دقیق تشخیص دهد و سوء تعبیرهایی را که ممکن است از راه دیگری قابل کشف نباشند، متوجه شود و از طرفی استفاده از راهبردها در موقعیت های واقعی روزمره مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. در نتیجه این بررسی ها، امتیازاتی که به هر موضوع داده می شود، بیانگر بهبود در وضعیت بیمار است. از طرف دیگر اظهارات و باز خوردهای والدین درباره نشانه های مربوط به افسردگی و مواجهه نوجوان با مسائل و رویدادهای روزمره تعیین می کند که آیا تغییراتی در مناسبات مراجع و طرفین ارتباط به وجود آمده است یا نه. نکته مهم دیگر اینکه درمانگر، مراجع و والدین با شناسایی راهبردهای به کار گرفته شده را به عنوان الگوی رفتاری مورد استفاده قرار دهند.

توجه به پاسخ های بیمار و اعضای خانواده نسبت به مرحله پایان درمان مهم است. در جلسه ۱۱ از مراجع پرسیده شد که آیا از فرایند درمان رضایت دارد و آیا از اینکه خود باید به تنهایی با مسائل مقابله کند، احساس نگرانی می کند؟ مراجع اظهار کرد که کمی

نگران است. علت نگرانی پرسیده شد. وی بیان کرد که ممکن است من به تنهایی نتوانم. با وی درباره اعتبار این گفته و شواهدی که این گفته را تایید می کنند بحث شد و در نهایت گفت: نه من نگران نیستم، بر اساس آنچه در طول این مدت یاد گرفته ام و کمک های پدر و مادر، سعی می کنم که از عهده مسائل خود بر آیم. درباره نگرانی های احتمالی به وی گفته شد که تکالیفی به تو در این جلسه داده خواهد شد که در آن گفته می شود به سوال هایی پاسخ دهی و هر زمان که احساس نگرانی و یاس به سراغت آمد به آن سوالها و جواب هایی که خواهی داد فکر کنی. تا جلسه بعد اگر باز احساس نگرانی داشتی می توانیم جلسه دیگری داشته باشیم و درباره این نگرانی ها و تکلیف این جلسه صحبت کنیم.

سوالهای تکلیف جلسه بعد عبارتند از: از جلسه های درمانی چه چیزی یاد گرفتید؟ چگونه می توانید بر اساس آنچه این جافرا گرفته اید تا پایان درمان، به فردی هر چه مستقل و مطمئن تبدیل شوید؟، با پذیرش اینکه باز هم ممکن است مسائلی پیدا کنید؟ فکر می کنید چه چیزهایی شما را از پیشرفت باز خواهد داشت؟، چطور با آنها برخورد می کنید؟، چه کسی از افراد خانواده در صورت لزوم به شما کمک خواهد کرد؟، اگر با وجود تلاش های زیاد نتوانید به خود کمک کنید، درباره تماس با درمانگر چه تصمیم هایی گرفته اید؟

به نوجوان توضیح داده شد که هر چه مشارکت بیشتری در طول فرایند درمان بر عهده داشته باشد، بیشتر و بهتر می تواند درباره مدیریت دشواری های بین فردی یا هیجانی آتی خود اعتماد کند. بر مبنای جلسات درمانی که درمانگر و مراجع داشته و بر اساس شناخت نقاط قوت و ضعف مراجع در زمینه های خاص، درمانگر به مراجع توصیه کرد که در زمینه مجادلات و نارسایی های بین فردی خود را به داشتن مهارت های خاص و ویژه نسبت به این دو حوزه مجهز تر کند. همچنین به وی توضیح داده شد با شناختی که نسبت به علائم افسرده ساز پیدا کرده، چنانچه بعد از اتمام جلسات درمانی با تعدادی از



بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر بیانگر تاثیر روش روان‌درمانی بین فردی در درمان افسردگی نوجوان مزبور می‌باشد. در پژوهش حاضر نشانه‌های اختلال قبل و بعد از فرایند درمان با استفاده از مصاحبه بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی ارزیابی شدند. در جلسات درمانی بر شناسایی حوزه‌های مساله‌ساز بین فردی، نشانگان افسرده‌ساز مرتبط با حوزه مساله‌ساز، بر روابط فعلی و کمک به بیمار جهت تسلط بر بافت بین فردی افسردگی تاکید شد. بر این اساس، از راهبردهای آموزش مهارت‌های اجتماعی-رفتاری، آموزش مهارت‌های ادراک اجتماعی، آموزش استفاده از خودآموزی به منظور هدایت رفتار، آموزش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی، جایگزینی افکار موثر و مثبت به جای افکار ناکارآمد و منفی و مهارت‌های آرمیدگی و مواجهه به منظور مدیریت بر اضطراب اجتماعی به منظور افزایش کفایت بین فردی نوجوان استفاده شد. در فرایند درمان نشانه‌های اختلال و در نتیجه، کارکردهای اجتماعی و تحصیلی مراجع بهبود یافتند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های انجام شده درباره بررسی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی بین فردی در درمان افسردگی نوجوانان (IPT-A) همسوم می‌باشد.

نتایج پژوهش مافسون و همکاران (۱۹۹۴) با استفاده از روان‌درمانی بین فردی در بین ۱۴ نوجوان ۱۲-۱۸ ساله کاهش معناداری در نشانه‌شناسی علائم روان‌شناختی و آشفتگی جسمانی نشان داد. نوجوانان همچنین بهبود چشمگیری در کارکردهای روانی اجتماعی خود نشان دادند. در نهایت، هیچیک از نوجوانان در پایان درمان واجد ملاک تشخیصی افسردگی نبودند (مافسون و همکاران، ۱۹۹۴).

نتایج مطالعه مافسون و همکاران (۱۹۹۹) نیز در مقایسه رویکرد روان‌درمانی بین فردی با بازنگری بالینی (گروه کنترل) نشان داد که درباره نشانگان افسرده‌ساز برای هر دو گروه فوق، بیماران IPT-A نشانگان افسردگی کمتری را گزارش کردند. با

علائم برخورد کرد، استفاده از راهبردهای خاصی که قبلاً اهمیت آنها نسبت به موارد دیگر ذکر گردید را در خود تقویت کند، و در این باره با والدین نیز گفتگو کرده و از آنان برای جلوگیری از بازگشت افسردگی کمک بگیرد. به نوجوان گفته شد در صورتی که راهکارهای ذکر شده موثر واقع نشد، می‌تواند به درمانگر مراجعه کرده و برای گزینه‌های درمانی دیگر اقدام کند.

از مراجع خواسته شد درباره رویدادهایی که ممکن است در آینده منجر به عود افسردگی وی شود صحبت کند، تا بتواند به کمک درمانگر برنامه‌ای برای برخورد با این موقعیت‌ها را تدوین کنند. مراجع بیان کرد با توجه به اینکه فرصت زیادی تا پایان سال ندارد، اگر مردود شود احتمال اینکه دوباره علائم افسردگی بروز پیدا کنند، وجود دارد. در این مورد درمانگر پیشنهاد کرد که مراجع از راهبرد تفکر مثبت و سودمند استفاده کند. سپس بررسی این موضوع از طریق این راهبرد با مراجع تمرین شد:

اول اینکه، مردود شدن یک فکر منفی و غیرموثر است و از این جهت می‌تواند مسئله‌ساز شود چون مراجع نسبت به خود و توانایی‌های خود تردید پیدا می‌کند. از طرفی مراجع باید به این واقعیت توجه داشته باشد که او در طول سال موفقیت زیادی در کسب نمره قبولی نداشته است و نتوانسته به اندازه کافی مطالب درسی اش را مرور کند.

دوم، کی و کجا این افکار بروز می‌کنند؟ مراجع گفت هر چه به امتحانات نزدیک ترمی شوم و موقعی که سر کلاس آمادگی لازم برای پاسخگویی به سوال معلم را ندارم.

سوم، با کمک مراجع تصمیم گرفته شد که مراجع این فکر، یعنی من تلاش خودم برای جبران زمان از دست رفته را خواهم کرد تا بتوانم قبول شوم را جایگزین فکر مردود شدن کند. چنانچه تجدید آوردم تلاش می‌کنم که در فرصت بعدی (شهریور) به این موفقیت دست پیدا کنم.



به کار می‌گیرند. همچنین امید است که در آینده نزدیک مطالعاتی درباره یک آزمایش کنترل شده به منظور مقایسه IPT-A با درمان دارویی و یا شکل ترکیبی آنها صورت گیرد. در نهایت، مطالعات پیگیرانه بلندمدتی مورد نیاز است که اثر بلندمدت IPT-A به ویژه درباره الگوهای شناخته شده عودکننده و پایدار افسردگی در نوجوانان را بررسی کند.

همچنین، شواهد بالینی نشان می‌دهد که به دنبال یک دوره IPT-A نوجوانان توانایی فزاینده‌ای به منظور نظارت بر علائم افسرده ساز و کارکرد بین فردی خود بدست می‌آورند. به نظر می‌رسد رویکرد ساختار یافته روانی - آموزشی و مستقیم IPT-A به نوجوانان در جهت سازماندهی تجارب جسمانی و ذهنی آنان که ممکن است به صورت مغشوش یا طاقت فرسا تجربه شده‌اند، کمک کند. برای مثال، شواهدی داستان گونه داریم که نوجوانان بهتر قادرند که برخی از نشانه‌های جسمی نظیر خستگی، اختلال خواب، سردردها، دردهای بدنی مرتبط با افسردگی خود را در مقایسه با نشانه‌هایی که به مسئله یا اختلال پزشکی دیگری مربوط است، شناسایی کنند.

در بسیاری موارد افسردگی تمایل به بازگشت دارد و مطالعات نشان داده‌اند که یک دوره افسردگی در کودکی یا نوجوانی یک عامل خطر برای دوره‌های افسرده ساز آتی و همچنین مشکلات روانی اجتماعی محسوب می‌شوند (موفسون و دورتا، ۲۰۰۰؛ مکوالی و دیگران ۱۹۹۳). بنابراین، توانایی نظارت بر علائم و کارکرد بین فردی در کاهش حالت بیمارگونه افسردگی نوجوان مهم است. اگر نوجوان قادر به باز شناسی علائم هشدار دهنده یک دوره افسردگی قریب الوقوع باشد و به دنبال آن خدماتی را دریافت کند، او قادر خواهد بود که از تشدید افسردگی جلوگیری کند. علاوه بر این، آنها ممکن است درمان مناسبی را نیز جستجو کنند. بی تردید آنچه گفته شد در کاهش هزینه فردی و اجتماعی ملاقات‌های غیر ضروری به درمانگاه‌های درمانی موثر است. در مطالعه اخیر، در خصوص اثربخشی IPT-A^۱، طرح تحلیل‌های هزینه - اثربخشی به منظور ارزیابی

استفاده از معیارهای بهبود که به وسیله مطالعه مشارکتی ملی برای درمان افسردگی بدست آمد. به طور معناداری بیماران IPT-A در مقایسه با بیماران گروه کنترل، ملاک‌های بهبود بیشتری در خصوص افسردگی شدید نشان دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران IPT-A در مقایسه با گروه کنترل کارکرد اجتماعی بهبود یافته تری دارند. به ویژه بیماران IPT عملکرد بهتری در رابطه با دوستان و در روابط قرار ملاقات نشان دادند. در نهایت، اگرچه این یافته‌ها تا حدی به دلیل برخی اطلاعات از دست رفته احتمالی به نظر می‌رسند IPT-A در مقایسه با بیماران گروه کنترل در حوزه‌های مشخصی از مهارت‌های حل مسئله اجتماعی جهت گیری حل مسئله مثبت و حل مسئله منطقی نشان دادند. علاوه بر این، بیماران IPT در مقایسه با بیماران گروه کنترل عملکرد بهتری در ایجاد جایگزین‌ها و اجرا و تایید راه حل عملکرد بهتری نشان دادند. اگرچه مطالعات بیشتری به منظور مقایسه گروه‌های متفاوت در میان جمعیت‌های نوجوان متفاوت مورد نیاز است، نتایج این آزمایش کنترل تصادفی نشان می‌دهد که IPT-A یک درمان کارآمد در زمینه افسردگی نوجوان قلمداد می‌شود.

در پایان می‌توان اذعان داشت که به نظر می‌رسد در آینده‌ای نزدیک IPT-A به شکل یک الگوی گروهی در آمده و کارآمدی آن در گستره‌ای از جمعیت‌های نوجوان مورد ارزیابی قرار گیرد. تلاش اولیه در این حوزه در حال شکل گیری است و شواهد مبتنی بر گزارش‌های نوجوانان و شواهد بالینی نشان می‌دهد که یک الگوی گروهی وجود دارد که نوجوانان آن را جالب و کمک کننده ارزیابی کرده و اینکه نتایج، بهبود در نشانه شناسی گزارش شده و اعتماد نسبت به فرایند درمان را افزایش داده است. این الگودر آینده‌ای نه چندان دور از حیث تجربی نیز مورد بررسی قرار خواهد گرفت. کاربرد بالینی دیگر IPT-A این است که یک درمان پایدار است و در حال حاضر تقاضای فزاینده متوجه کاربرد درمان‌هایی است که الگوهای درمانی کوتاه مدت و با پیامدهای ماندگار را

1. anecdotal evidence

2. cost-effectiveness analyses



Brent, D., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Iyengar, S., & Johnson, B. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.

Perper, J., Moritz, G., Allman, C., Liotus, L., Schweers, J., Roth, C., Balach, L. & Canobbio, R. (1993). Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 32, 1189-1197.

Burns, B. (1991). Mental health service use by adolescents in the 1970's and 1980's. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 30, 144-150.

Clark, D., Pynoos, R. & Goebel, A. (1994). Mechanisms and processes of adolescent bereavement. In: *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions*, Ed. R. Haggerty. Cambridge, England: Cambridge University Press, pp. 100-145.

Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P. & Seeley, J. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.

Cornwell, G., Eggebeen, D. & Meschke, L. (1996). The changing family context of early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 16, 141-156.

Demo, D. & Acock, A. (1996). Family structure, family process, and adolescent well-being. *Journal of Research in Adolescence*, 6, 457-488.

Emslie, G., Rush, A., Weinburg, W., Kowatch, R., Huges, C., Carmody, T. & Rintemann, J. (1997). A double-blind randomized placebocontrolled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1031-1037.

Geis, H., Whittlesey, W., McDonald, N., Smith, K. & Pfefferbaum, B. (1998). Bereavement and loss in childhood. In: *Childhood and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Stress in Children*, Ed. B. Pfefferbaum. W. B. Saunders Company, 7, 73-85.

Goldfried, M. & Wolfe, B. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 66, 143-150.

Hammen, C. (1999). The emergence of an interpersonal approach to depression. In: *The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, ed. T. Joiner & J. Coyne. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 21-36.

و جوه احتمالی در نظر گرفته شده و کاهش آنها به دلیل کنترل نشانه‌های جسمانی مربوط به افسردگی قابل توجه است. به عبارت دیگر، تلاش در جهت کنترل افسردگی، نوجوان را از تجربه عوارض جسمی ناشی از افسردگی بر حذر داشته و از هزینه‌های مربوط به آن بی‌نیاز می‌کند.

البته مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. یکی از مهمترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، نداشتن گروه کنترل است. با استفاده از گروه کنترل می‌توان تاثیر سایر متغیرها را کنترل کرد و روایی پژوهش را افزایش داد. هنگامی که متغیرهای محیطی از طریق هم‌تا کردن آزمودنی‌های گروه آزمایشی و کنترل تحت کنترل قرار گیرند، با اطمینان بیشتری می‌توان تغییرات ایجاد شده در آزمودنی را به متغیر مستقل (روش درمان) نسبت داد. محدودیت دیگر، کم بودن گروه نمونه بود. به دلیل همبودی بین تجربه افسردگی با تجربه اختلالاتی نظیر سوء مصرف مواد، افسردگی دو قطبی و... و با توجه به آنکه در استفاده از رویکرد روان‌درمانی بین فردی عدم تشخیص برخی از اختلالات نظیر آنچه به آن اشاره شد، ضروری به نظر می‌رسد، لذا محققان در انتخاب نمونه با محدودیت مواجه شدند. بی‌تردید با افزایش گروه نمونه می‌توان اعتبار پژوهش را افزایش داد، لذا به درمان‌گران و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با انتخاب چند گروه کارآیی روش‌های درمانی را با یکدیگر مقایسه کنند و از طریق استفاده از نمونه‌ای بزرگتر بستر تعمیم نتایج به جامعه را فراهم کنند.

منابع

Aseltine, R. Gore, S., & Colten, M. (1994). Depression and the social developmental context of adolescence. *Journal of personality and Social Psychology*, 67, 252-263.

Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years Part 1. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.



- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D. & Jensen, P. (1995). Introduction to the special section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 63,683-687.
- Hoberman, H. (1992). Ethnic minority status and adolescent mental health. *Journal of Mental Health Administration*, 19,246-267.
- Holahan, C., Moos, R. & Bonin, L. (1999) Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In: *The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, Ed. T. Joiner & J. Coyne. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 39-63.
- Joiner, T., Coyne, J. & Blalock, J. (1999). On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis. In: *The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, ed. T. Joiner & J. Coyne. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 3-20.
- Keller, M., Lavori, P., Beardslee, W., Wunder, J. & Ryan, N. (1991). Depression in children and adolescents: New data on 'undertreatment' and a literature review on the efficacy of available treatments. *Journal of Affective Disorder*, 21,163-171.
- Klein, R. (1999), Multisite study of paroxetine in adolescent MDD. Presented at Child Psychiatry Grand Rounds at the New York State Psychiatric Institute, College of Physicians and Surgeons, and New York Presbyterian Hospital, New York City.
- Lewinsohn, P., Clarke, G., Hops, H. & Andrews, J. (1990). Cognitive behavioral group treatment of depression in adolescents. *Behavior Therapy*, 21,385-401.
- Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J. & Andrews, J. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102,133-144.
- Macaulay, E., Myersk, E., Mitchell, J., Calderone, R., Scholorek, K. & Treder, R. (1993), Depression in young people. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 32,714-722.
- Marx, E. & Schulze, C. (1991), Interpersonal problem-solving in depressed students. *Journal of Clinical Psychology*, 47,361-367.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. & Klerman, G. (1993), *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Moreau, D., Wickramaratne, P., Martin, J. & Samoilov, A. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 33,695-705.
- Mufson, L., Weissman, M., Moreau, D. & Garfinkel, R. (1999), Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56,573-579.
- Mufson, L., & Dorta, K. (2000). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: Theory, practice and research [Electronic version]. *Adolescent Psychiatry*, 25(1), 139-168.
- Prosser, J. & McArdle, P. (1996). The changing mental health of children and adolescents: Evidence for deterioration? *Psychological Medicine*, 26,715-725.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N., Williamson, D., Dahl, R., Lukens, E., Todak, G., Ambrosini, P., Rabinovich, H. & Nelson, B. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 32, 244-253.
- Slesnick, N. & Waldron, H. (1997). Interpersonal problem-solving interactions of depressed adolescents and their parents. *Journal of Family Psychology*, 11,234-245.
- Spruijt, E. & de Goede, M. (1997). Transitions in family structure and adolescent well-being. *Adolescence*, 32, 898-911.
- Stader, S. & Hokason, J. (1998). Psychosocial antecedents of depressive symptoms: An evaluation using daily experiences methodology. *Journal of Abnormal Psychology*, 107:17-26.
- Weissman, M., Gammon, G., John, K., Merikangas, K., Warner, V., Prusoff, B. & Sholomskas, D. (1987), Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 44,847-853.
- Weller, R. & Weller, E. (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1536-1540.
- Wu, P., Hoven, C., Bird, H., Moore, R., Cohen, P., Alegria, M., Dulcan, M., Goodman, S., Horwitz, S., Lichtman, J., Narrow, W., Rae, D., Regier, D. & Roper, M. (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 38:1081-1092.