

درمان آمیخته افسردگی: طراحی و مطالعه مقدماتی

روح‌الله حدادی^۱ مینا مجتبیایی^۲

و امیر هوشنگ مهریار^۳

بیماران افسرده جزو گروه‌هایی هستند که درمان کافی را دریافت نمی‌کنند و تنها نیمی از آنها بهبود می‌یابند. به نظر می‌رسد مدیریت موثر افسردگی نیازمند توجه بیشتر به ترجیحات بیماران، نیازهای درمانی آنها و در نهایت بکارگیری بسته‌های درمانی جامع‌تر برای به حداکثر رساندن مشارکت بیمار و بهره‌گیری کافی از درمان است. هدف از این مطالعه اجرای یک بسته درمانی آمیخته بر بهبود علائم افسردگی بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۶۵ نفر از زنان با تشخیص افسردگی، به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در ۴ گروه (شناختی، بین فردی، سیستمی و آمیخته) ۱۵ نفره گمارده شدند. هر گروه یک مداخله درمانی را به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته دریافت کردند. تمامی شرکت کنندگان قبل و پس و سه ماه بعد از اجرای مداخلات، از نظر میزان افسردگی ارزیابی شدند. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه و تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر نشان داد بین چهار گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، از نظر کاهش علائم افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. بسته درمان آمیخته افسردگی بر بهبود علائم افسردگی در کوتاه مدت و بلندمدت موثر است.

کلیدواژه: درمان آمیخته، افسردگی، درمان شناختی، درمان بین فردی، درمان سیستمی

مقدمه

افسردگی یک مشکل عمده سلامتی است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ تنها عامل اصلی بار بیماری در سراسر جهان باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). بیماران افسرده علائم متعدد جسمی و روانی را تجربه می‌کنند (موسسه ملی بهداشت و تعالی بالینی، ۲۰۰۹). براساس یافته‌های مبتنی بر شواهد، روان‌درمانی‌های مختلفی در درمان افسردگی آزمایش شده است که در این میان درمان شناختی-رفتار، درمان بین فردی و خانواده‌درمانی موثرترین هستند (ومپلر، میلر و سیدال،

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسوول) mojtabaie_in@yahoo.com

۳. دپارتمان روان‌شناسی تربیتی، موسسه عالی آموزش و پژوهش در مدیریت و برنامه‌ریزی، ایران، تهران.

۲۰۲۰؛ کوپرس، ۲۰۱۴؛ پارکر و فلچر، ۲۰۰۷). علیرغم اثربخشی این درمان‌ها، حذف علایم بیماری بطور کامل رخ نمی‌دهد و علایم باقیمانده، اپیزود بعدی بیماری را در مدت زمان کوتاهی راه اندازی می‌کنند (کالیپر، موسکین و استال، ۲۰۱۵). لذا بیماران افسرده جزو گروه‌هایی هستند که از روش‌های درمانی موجود بهره کافی نمی‌برند و بیش از نیمی از آنها عود می‌کنند (ویتنگل، استوتزمن، آتلور، جارت، ۲۰۱۹؛ راش، ۲۰۱۵؛ کسلر، مریکانگاس و وانگ، ۲۰۰۸).

یک مدل درمانی نمی‌تواند به تنهایی پاسخگوی نیازهای درمانی افراد افسرده باشد (راش، آرونسون و دمیتتر، ۲۰۱۷). بیماران افسرده شیوه‌های مشارکتی و یکپارچه را به تک مدل‌های درمانی ترجیح می‌دهند (ماکیش، تاکر، کاتون و همکاران، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استفاده از روان درمانی یکپارچه تاثیر مثبتی بر متغیرهای درمان‌بخش اختلال افسردگی دایم دارد (رودریگز-آلهو، سیسنروس-راموس و روبلس-سدنو، ۲۰۱۸) درمان‌های ترکیبی در درمان افسردگی به مراتب بهتر از دارو درمانی یا روان درمانی به تنهایی هستند (گودی، تومبا و فاوا، ۲۰۱۵). گرسون و شیندر (۲۰۱۳) با استفاده از یک بسته ترکیبی CBT، روان‌پویایی و درمان سیستمیک بهبود قابل توجهی گزارش کردند. این یافته‌ها در یک مطالعه ترکیب CBT و خانواده درمانی سیستمی (هیو، هو، ژانگ و همکاران، ۲۰۱۴)، CBT و درمان متمرکز بر راه حل منجر (گوچاردو و کاوازوس، ۲۰۱۳؛ گالدامز، ۲۰۱۵)، رکیب CBT و مصاحبه انگیزشی (فلین، ۲۰۱۱)، درمان شناختی رفتاری و درمان (پیرس، کونینگ، رایبیز، نلسون، شاو، کوهن، کینگ، ۲۰۱۵).

لویسون، آنتونوسو، استینمتر و همکاران (۱۹۸۴)، یک دوره آموزشی برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران افسرده معرفی کرده اند که در آن تکنیک‌های ضروری جهت کنار آمدن با علایم و مشکلات مرتبط با دوران پس‌ادمان، به بیماران افسرده آموزش داده می‌شود. مفهوم اصلی این مدل این است که رفتار افراد افسرده به تقویت مثبت کافی برای حفظ تعاملات مثبت با محیط و بهبود خلق منجر نمی‌شود (کلارک و لویسون، ۱۹۸۹؛ لویسون، بیگلان و زیس، ۱۹۷۶).

مطالعات مختلف اثربخشی این روش درمانی را بر بهبود مهارت‌های انطباقی بیماران افسرده تایید کرده‌اند (هارینگسما، انگلس، کوپرس و اسپینهاون، ۲۰۰۶؛ لویسون و همکاران، ۱۹۸۴)، اما مطالعاتی که از این روش به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده کرده باشند، محدود هستند. بی‌شک مدیریت موثر افسردگی نیازمند توجه بیشتر به ترجیحات بیماران، نیازهای درمانی آنها و در نهایت بکارگیری بسته‌های درمانی جامع‌تر برای به حداکثر رساندن مشارکت بیمار و بهره‌گیری کافی از درمان است (آنتزر و پارک، ۲۰۱۲). در این مطالعه با

آمیختن مدل لوینسون و همکاران (۱۹۸۴)، درمان‌های شناختی، بین فردی و سیستمی نوعی بسته درمانی آمیخته برای بهبود علائم افسردگی طراحی و مورد مطالعه مقدماتی قرار گیرد.

روش

این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل زنان افسرده‌ای شهر تهران بود. از این جامعه، ۶۵ نفر به صورت نمونه در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه مداخله درمانی (شناختی، بین فردی، سیستمی و آمیخته) گمارده شدند. قبل از شروع، پس از اتمام و ۳ ماه پس مداخله، گروهها با ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)^۱ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ویرایش دوم سیاهه افسردگی بک، یک شاخص خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه‌شده در دو هفته گذشته است (بک، استر و گاربین، ۱۹۸۸). پرسشنامه به صورت فردی انجام می‌گیرد و از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا میزان افسردگی خود را در پرسشنامه بر روی یک پیوستار چهار درجه‌ای، از "صفر" (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا "۳" (افسردگی شدید) درجه بندی کنند. مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه بک-ویرایش دوم BDI-II بر نمونه بالینی و غیربالینی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است (کاسپی و همکاران، ۲۰۰۸). اعتبار این پرسشنامه در ایران تایید شده است (قاسم زاده و همکاران، ۲۰۰۵).

شیوه‌ی اجرا

در این مطالعه از ۴ نوع مداخله درمانی شناختی، بین فردی، سیستمی و آمیخته برای گروه‌ها استفاده شد. ترتیب گروه‌ها به این صورت بود که گروه اول تحت درمان شناختی، گروه دوم تحت درمان بین فردی، گروه سوم تحت درمان سیستمی و گروه چهارم تحت بسته درمانی آمیخته. جلسات درمانی هر کدام به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته بصورت هفته‌ای یک‌بار برگزار شد. بسته درمانی طراحی شده، بر تقویت مهارت‌های انطباقی و تسلط بیمار بر شرایط تنش‌زای بیماری استوار است (لیمولت و گوتلیب، ۲۰۱۹؛ کار، ۲۰۱۹؛ مارکوویتز، ویسمن، ۲۰۰۴؛ لوینسون، کلارک و هابرم، ۱۹۸۹). در این مطالعه پروتکل درمان شناختی افسردگی بک، راش و شاو (۱۹۷۹)،

1. Beck Depression Inventory (BDI)

پروتکل درمان بین فردی افسردگی (ویسمن و مارکوویتز (۱۹۹۴) و پروتکل زوج درمانی سیستمی - رفتاری افسردگی کرو و ریدلی (۲۰۰۰)، استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات برنامه درمانی آمیخته

فعالیت‌ها

۱	خوشامدگویی و تلاش برای ایجاد رابطه درمانی، تعیین اهداف جلسه، بررسی شکایت عمده بیمار، دریافت تصویری روشن از مشکلات موجود، بررسی علایم بیماری، ارزیابی تشخیص بالینی دوره افسردگی جاری، برقراری ارتباط میان مشکلات فعلی و مفاهیم کلیدی مدل سه بعدی، تاکید بر تعامل چهارگانه آسیب‌پذیری، تعیین اهداف جلسه، معرفی مشروح و بسط داده شده برنامه درمان مختلط همخوان با مشکلات مطرح شده بیمار، معرفی افسردگی و مقابله، جمع بندی و بازخورد.
۲	بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور وقایع رخ داده، کار بر روی یکی از هدف‌های توافق شده بین بیمار و درمانگر (چربی اهمیت آن هدف)، چگونگی رسیدن، موانع موجود، حواشی رسیدن به اهداف، بازخوردهای محیطی نسبت به آن، تاثیر بر خود و خانواده. نوشتن نامه به شبکه حمایتی خود برای آگاه سازی آنها از برنامه‌ها، اهداف، انتظارات، پیامدهای رسیدن، فرایند شکل‌گیری افسردگی براساس مدل درمانی، مثلث آسیب‌پذیری، تاکید بر اهمیت بکارگیری مدل درمان مختلط برای دستیابی به اهداف، جمع بندی و بازخورد.
۳	بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور موضوعات جلسه قبل، تعیین اهداف جلسه، مکانیزم اولیه تغییر با تاکید بر نقش بیمار در رویارویی بهینه با مسایل و مقاومت در مقابل الگوهای ناسازگار، منحرف‌سازی افکار بیمار بر قابلیت‌ها و توانایی‌های موردی او برای تقویت نقش تاثیرگذار در فرایند تغییر، انگیزه‌آفرینی در بیمار برای پذیرش مسوولیت تغییر و تداوم درمان، تمرکز بر چگونگی الگوی پاسخدهی همچنانی بیمار در موقعیت‌های چالش‌انگیز، تمرکز بر نقش و جایگاه موانع در شکل‌گیری و تداوم مثلث آسیب‌پذیری، جمع بندی و بازخورد.
۴	بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور موضوعات جلسه قبل، تعیین اهداف جلسه، آشنایی بیمار با مفهوم شناخت و چگونگی اثرگذاری بر هیجان و رفتارها (تاکید بر مدل ABC)، چگونگی ارتباط پاسخ‌های مقابله‌ای افسردگی‌زا و ناکارآمد در سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زا، مصادیق رفتاری مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد بویژه در روابط بین‌فردی بیمار، جمع بندی و بازخورد.
۵	بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور مطالب جلسه قبل، تعیین اهداف جلسه، آشنایی بیمار با مفهوم الگوی سیستمی و تاثیرگذاری بر روابط بین‌فردی بعدی، نقش عملکرد سیستمی در حل مسایل روزمره، ارتباط عملکرد سیستمی در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای، گرفتن مثال‌های متعدد از بیمار برای جانداختن مفاهیم و چگونگی ارتباط آنها با یکدیگر، جمع بندی و بازخورد.
۶	بررسی وضعیت خلقی، تعیین اهداف جلسه، مرور مطالب از زبان بیمار جهت زمینه سازی برای آشنایی و درک بهتر برنامه درمانی، تقویت برنامه درمانی در چارچوب مثال‌های واقعی‌تر زندگی بیمار، تاثیر منفی تعامل ابعاد شناختی، بین‌فردی، سیستمی معیوب بر نحوه رفتارهای مقابله‌ای، روابط بین‌فردی و انتخاب روش‌های کارآمد در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا، تن آرامی، معرفی بیماری افسردگی به‌عنوان یک موقعیت استرس‌زا، گرفتن مثال‌های متعدد از بیمار برای جانداختن این ترکیب یکپارچه و چگونگی اثرگذاری آنها در حین رویارویی فرد با مسایل مختلف، اشاره به نقش بیمار بر اصلاح و جلوگیری از تداوم الگوهای تعاملی چهارگانه مخرب، جمع بندی جلسه و بازخورد.
۷	بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور مطالب جلسه قبل، تعیین اهداف جلسه، تسهیل بیان عواطف و احساسات بیمار و رویارویی با احساسات ناشناخته (فن رهاسازی)، پرهیز از نشخوار ذهنی و سرکوب عواطف، تمایز واقعیت از افکار و رویارویی فرد با احساسات سرکوب شده و ملاحظه شده محیطی (فن تحلیل واقعیت)، احیا و ازسرگیری روابط قبلی بدون سرکوب گری احساسات و ملاحظات محیطی، کنترل افکار منفی و غیرمنطقی در دوره بیماری با مثال موردی، جمع بندی جلسه و بازخورد.
۸	بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور مطالب گذشته، تعیین اهداف جلسه، بررسی رابطه بین سه مانع اصلی در روابط بین‌فردی آشفته در بافت سیستمی خانواده، تاکید بر افکار (انتظارات نادرست از رابطه و اشتباهات فکری)، رفتار (نقص مهارت ارتباطی و نقص در راهبردهای مقابله‌ای مدیریت‌کننده روابط)، احساس (عدم بیان احساسات و سرکوب آنها و عدم دریافت همدلی دیگران یا همدلی کردن خود)، نقش تسهیل‌کننده خانواده در ارتباط معیوب بین این سه عامل، نقش خانواده در الگوگیری و مهارت آموزی معیوب روش‌های مقابله‌ای، جمع بندی جلسه و بازخورد.
۹	بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور مطالب گذشته، تعیین اهداف جلسه، آموزش مهارت اجتماعی - رفتاری، آموزش مهارت ادراک اجتماعی، برنامه ریزی برای فعالیت‌های اجتماعی هدفمند، آموزش استفاده از خودآموزی به منظور هدایت رفتار، آموزش مهارت‌های حل

فعالیت‌ها

مساله اجتماعی، جمع بندی جلسه و بازخورد.

- بررسی وضعیت خلقی بین جلسات، مرور مطالب گذشته، تعیین اهداف جلسه، نقش خطاهای شناختی در الگوهای بین فردی معیوب و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، گرفتن مثال‌های واقعی متعدد از زندگی بیمار برای شناسایی خطاها، الگوهای بین فردی معیوب و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، هیجان پذیری منفی و تبعات آن و نحوه شکل گیری و تداوم، آموزش مهارت‌های آرمیدگی برای مدیریت استرس بین-فردی و موقعیتی، جمع بندی جلسه و بازخورد.
- ۱ بررسی وضعیت خلقی، مرور مطالب، تعیین اهداف، آموزش مهارت‌های ارتباطی، آموزش چگونگی اظهارنظر درباره دیگران و ارتقای اعتماد میان فردی، بررسی انتخاب‌ها و پذیرش مسوولیت، آگاهی از مرزها و حیطه‌های کنترل فرد در زندگی، جمع بندی جلسه و بازخورد.
- ۱ تشویق بیمار به ارزیابی روند خلقی خود در طول دوره، مرور محتوای جلسات، بررسی میزان دستیابی بیمار به اهداف در جلسات درمان، جمع بندی جلسات و پاسخ به سوالات بیمار، ارائه تکنیک‌هایی برای ادامه و نگهداری روند بهبودی، بازخورد کلی بیمار از جلسات و درمانگر.
- ۲

برای تحلیل داده‌ها بعد از تایید مفروضه‌ها، از تحلیل کوواریانس تک متغیری یک راهه و تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر، استفاده شد. داده‌ها با استفاده بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های آماری نمره‌های چهار گروه شناختی، بین فردی، سیستمی و برنامه درمانی آمیخته ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه شاخص‌های آماری مربوط به نمره‌های گروه‌ها در متغیر افسردگی

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار	K-S	Sig
درمان شناختی	پیش آزمون	۳۷/۳۳	۸/۶۳	۰/۱۸	۰/۲۰
	پس آزمون	۱۵/۵۴	۴/۳۴	۰/۱۸	۰/۲۰
	پیگیری	۱۵/۲۷	۲/۴۱	۰/۱۸	۰/۲۰
درمان بین فردی	پیش آزمون	۴۰/۶۶	۷/۲۷	۰/۱۸	۰/۲۰
	پس آزمون	۲۵/۲۰	۶/۰۳	۰/۱۸	۰/۲۰
	پیگیری	۲۴/۲۰	۳/۹۹	۰/۱۵	۰/۲۰
درمان سیستمی	پیش آزمون	۳۷/۷۳	۵/۶۸	۰/۲۵	۰/۰۷
	پس آزمون	۲۴/۱۰	۴/۱۷	۰/۱۹	۰/۲۰
	پیگیری	۲۲/۲۰	۴/۰۲	۰/۱۹	۰/۲۰
بسته درمان آمیخته	پیش آزمون	۳۹/۳۳	۶/۶۵	۰/۱۶	۰/۲۰
	پس آزمون	۱۸/۳۰	۷/۱۶	۰/۲۱	۰/۰۹
	پیگیری	۱۷/۶۹	۵/۶۳	۰/۱۷	۰/۲۰

بررسی شاخص‌های مختلف گرایش مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد توزیع نمره‌های گروه درمان شناختی، درمان بین‌فردی، درمان سیستمی و آمیخته در متغیر افسردگی، به توزیع نرمال نزدیک است.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها

(متغیر وابسته: افسردگی)

منابع تغییر	SS	df	MS	F	P	η^2
پیش آزمون	۴۱۰/۱۵۶	۱	۴۱۰/۱۵۶	۱۸/۱۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
گروه‌ها	۶۸۱/۴۴۸	۳	۲۲۷/۱۴۹	۱۰/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
خطا	۸۷۹/۸۴۱	۳۹	۲۲/۵۶۰			

براساس یافته‌های جدول ۳ می‌توان گفت که بین گروه‌ها در پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و هر چهار مداخله توانسته‌اند نشانه‌های افسردگی را در پس آزمون کاهش دهند ($F=10/069, P<0/001$). مقایسه تک تک میانگین‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان شناختی و بسته درمان آمیخته نسبت به دو درمان بین‌فردی و سیستمی علایم افسردگی را بیشتر کاهش داده است اما بین تاثیرات درمانی مدل شناختی و برنامه درمانی آمیخته تفاوت معنی داری مشاهده نشد. یافته‌ها در خصوص ماندگاری اثربخشی درمان شناختی، درمان بین‌فردی، درمان سیستمی و بسته درمان آمیخته در مرحله پیگیری نشان داد که بین نمره‌های متغیر افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. این امر حاکی از ماندگاری اثر متغیرهای مستقل است.

نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مطالعه مقدماتی بسته درمان آمیخته بر علایم افسردگی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد برنامه درمانی آمیخته بر بهبود علایم افسردگی، هم در کوتاه مدت و هم در بلند مدت موثر بوده است. اثربخشی بسته درمانی آمیخته با نتایج مطالعات (رودریگز-آلهو، سیسنروس-راموس و روبلس-سدئو، ۲۰۱۸؛ گویدی، تومبا و فاوا، ۲۰۱۵؛ گالدامز، ۲۰۱۵؛ پیرس، کونیک، رایبیز، نلسون، شاو، کوهن، کینگ، ۲۰۱۵؛ هیو، هو، ژانگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ گرسون و شیندر، ۲۰۱۳؛ گوجاردو و کاوازوس، ۲۰۱۳؛ فلین، ۲۰۱۱)، همخوان است اما با نتایج مطالعه هامامچی (۲۰۰۶) ناهمخوان است. بل، مارکوس و گودلند (۲۰۱۳) گزارش دادند که بسته‌های درمانی با بیش از یک جز منجر به نتیجه بهتری نسبت به بسته‌های درمانی شده‌اند که تنها روی

یک جز واحد متمرکز شده‌اند

اثربخشی بسته درمانی آمیخته بر کاهش علائم افسردگی موثر بوده است را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که توجه به نیازهای درمانی بیماران افسرده و همسو شدن اهداف درمانی با ترجیحات بیماران نتایج درمانی بهتری را به همراه خواهد داشت. اینکه بیماران با شرایطی مواجه می‌شوند که بیماری و علائم‌شان از زوایای مختلف بررسی شده و همزمان از روش‌های متنوعی برای حذف علائم‌شان استفاده می‌شود می‌تواند بیشترین رضایت و بهبودی را ایجاد کند. این نوع نگاه چند جانبه به مسایل بیمار در درمان‌های ترکیبی یا یکپارچه بویژه برای بیماران مقاوم به درمان می‌تواند امیدوارکننده باشد چرا که این بیماران به سختی توجیحات تک مدل‌های درمانی را در خصوص شکل‌گیری و تداوم بیماری‌شان می‌پذیرند و به همین خاطر همکاری کافی در درمان نداشته و از درمان خارج می‌شوند. در تایید این مطلب بسیاری از پژوهشگران موافق هستند که شناخت مکانیزم‌های زیربنایی که بتوانند تغییرات درمانی را تبیین کنند، عامل کلیدی در بهبود و پیشرفت درمان هستند. دانستن چگونگی عملکرد یک درمان، باعث می‌شود که اجزای آن مورد استفاده قرار گیرند و آن را کارآمدتر و مقرون به صرفه‌تر کنند (کرامر و همکاران، ۲۰۰۲).

یافته دیگر این مطالعه از مقایسه مدل‌های درمانی با یکدیگر نشان داد که درمان شناختی و بسته درمانی آمیخته از دو درمان بین فردی و سیستمی در کاهش علائم افسردگی موثرتر بوده‌اند. این یافته در خصوص اثربخشی بیشتر درمان شناختی نسبت به درمان بین فردی با نتایج مطالعات (لیمنز و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویلز، توماس، ترنر و همکاران، ۲۰۱۶؛ کوپرس، دی ویت، ویتز و همکاران، ۲۰۱۵)، همخوان و با نتایج مطالعه (کوپرس، ون استراتن، اندرسن و همکاران، ۲۰۰۸؛ بارت، موندر، گریجر و همکاران، ۲۰۱۳)، ناهمخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت نقش افکار و نگرش‌های ناکارآمد در شروع و تداوم افسردگی همچنان دارای اهمیت است اما از آنجائی که منتقدان درمان شناختی معتقدند تغییر شناخت صرفاً نمی‌تواند علائم بیماری را کاهش دهد و موثر واقع شود؛ این ایده ایجاد می‌شود که در تبیین اثربخشی مدل شناختی به دنبال متغیرهای درمانی دیگری باشیم؛ یکی از این متغیرها مشکلات بین فردی است که نتایج درمانی را منحرف می‌سازد. در این مطالعه اثربخشی درمان شناختی بیشتر از درمان بین فردی گزارش شده است، یعنی درک مشکلات بین فردی در کنار چالش با افکار و باورهای ناکارآمد و ارتباط متقابل بین این دو می‌تواند رمزگشای دلیل اثربخشی این مدل در کوتاه مدت باشد (دابسون، کولگی و دوزویس، ۲۰۱۴). درحالی که درمان بین فردی به الگوهای روابط بین فردی، دلبستگی‌های ضعیف و ناتوانی

در برقراری و تداوم روابط بین فردی توجه خاصی دارد (ویزمن، کارکوویتس و کلرمن، ۲۰۰۰)، مدل شناختی همزمان هم افکار ناکارآمد را بررسی می‌نماید و هم به روابط بین فردی مراجعین توجه دارد.

با وجود اینکه مدل‌های درمانی به لحاظ محتوا، ساختار و فنون با یکدیگر متفاوت هستند اما داشتن هدف مشترک بین آنها می‌تواند نقطه شروع اتصال این مدل‌ها در کنار یکدیگر باشد. این اتصال یا در قالب درمان‌های ترکیبی و یا درمان‌های یکپارچه برای کسب نتایج درمانی موثرتر ایجاد گردیده است (نورکراس و گلدفرید، ۲۰۰۵). صرف نظر از متغیرهای تعیین کننده نتایج درمان، اثربخشی روان‌درمانی‌ها به تنهایی کمتر از زمانی است که مدل‌های مختلف کنار هم قرار می‌گیرند (کوپرس و همکاران، ۲۰۱۵). برنامه‌های درمانی ترکیبی یا یکپارچه نگر با این امید طراحی می‌شوند تا بتوانند همزمان متغیرهای درمانی بیشتری را مورد هدف قرار داده و نتایجی، بهتر از درمان‌های تکی داشته باشند. در این ترکیب، تاکید بر یکپارچه کردن نظریه‌های پایه روان‌درمانی (خرد کردن نظری) همراه با یکپارچگی تکنیک‌های درمانی وجود دارد (مخلوط کردن تکنیک‌ها). هدف یکپارچگی درمانی خلق چارچوب مفهومی است که بهترین عناصر دو یا تعداد بیشتری از رویکردها به درمان را ترکیب کند. یکپارچگی نظری چیزی بیش از مجموع بخش‌هاست تا اثربخشی بیشتری ایجاد نماید؛ همان‌گونه که آنها با انواع مختلف بیماران سازگارتر هستند، کارکرد مراجع را به چندین روش یا سطح خطاب قرار می‌دهند یا گسترده‌تر از درمان‌های تک-نظریه‌ای هستند (نورکراس و گلدفرید، ۲۰۱۹).

ایده درمان‌های آمیخته محصول نگاهی نوین به درمان اختلال‌های روانی است؛ مدل‌هایی که نه از نوع التقاطی هستند که تمایل به ترکیب تکنیک‌های فنون درمانی مختلف را داشته باشند و نه یکپارچه هستند که بدنبال ارایه مدل‌های نظری جدید در درمان باشند بلکه معتقدند مدل‌های درمانی موجود بویژه در طولانی‌مدت دارای نارسایی‌هایی هستند که در مطالعات مبتنی بر شواهد ثابت شده‌اند و نقدهای فراوانی به اثربخشی آنها وارد است لذا موج جدید برنامه‌های درمانی آمیخته با هدف تقویت درمان‌های موجود اما نه تخریب آنها می‌تواند بالینگران و محققان را تشویق نماید تا با بکارگیری بسته‌های درمانی نوین و الهام گرفتن از عناصر، محتوا و شاکله درمان‌های موجود ایده‌ای نوین را بدون لزوماً ترکیب صرف درمان‌های موجود ایجاد نماید و مورد کارآزمایی بالینی قرار دهند.

References

Alexopoulos, G., Chester, J.G. (1992). *Outcomes on geriatric depression*, vol. 8. New York.

- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nuesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Juni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for depressed patients: A network meta-analysis. *Plus Medicine*, 10(5), 14-25.
- Beck, A.T, Rush, A.J, Shaw, B.F, Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. Steer, R. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric property of the Beck depression inventory: Twenty-five Years evaluation. *Clinical psychology Review*, 8, 77 -100.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.
- Clarke, S., Thomas, P., and James, K. (2013). *Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomized controlled trial*. *Br. J. Psychiatry*, 202, 129-134.
- Crowe, M., & Ridley, J. (2008). *Therapy with couples: A behavioural-systems approach to couple relationship and sexual problems*. John Wiley & Sons.
- Cuijpers, P. (2014). Personalized treatment for functional outcome in depression. *Medicographia*, 36, 47-81.
- Cuijpers, P., de wit, L., Weitz, E., Andersson, G., Huibers, M. (2015). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis, *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147-168.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Culpepper, L., Muskin, Ph.R., Stahl, S.M. (2015). Major Depressive Disorder: Understanding the Significance of Residual Symptoms and Balancing Efficacy with Tolerability, *The American Journal of Medicine*, 128(9), 11-15.
- Dobson, K. S. Quigley, L., and Dozois, D. JA (2014). Toward an Integration of Interpersonal Risk Models of Depression and Cognitive-Behaviour Therapy, *Australian Psychologist*, 49, 328-336.
- Feixas, G., and Botella, L. (2004). Psychotherapy integration: reflections and contributions from a constructivist epistemology. *J. Psychother. Integr*, 142, 192-222.
- Flynn, H.A. (2011). Setting the Stage for the Integration of Motivational Interviewing With Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression, *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 46-54.
- Gersons, B., and Schnyder, U. (2013). Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *European Journal of Psycho traumatology*, 12, 1-6.
- Ghasemzadeh H, Mojtabai R, Karamghaderi N, Ebrahimkhani N. (2005). Psychometric properties of a Persian- Language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian. *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Guajardo, N., and Cavazos, B. (2013). The intervention focused on cognitive solutions behavioral in a case of violence in the courtship. *Electronic Magazine of Psychology Iztacala*, 16 (2), 476-503.
- Guidi, J., Tomba, E., & Fava, G. A. (2015). The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: A meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 128-137.
- Haringsma, R., Engels, G.I., Cuijpers, P., Spinhoven, P. (2006). Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial, *International Psychogeriatrics*, 18(2), 307-325.
- Hou, Y., Hu, P., Zhang, Y., Lu, Q., Wang, D., Yin, L., Chen, Y., Zou, X. (2014). Cognitive-behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 47-52.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., et al. (1997). Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 20-23
- Kessler, R. C. Merikangas, K. R. & Wang, P. S. (2008). The Prevalence and Correlates of Workplace Depression in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 381-390.
- Kim, D.M., Wampold, B.E., & Bolt, D.M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.
- Kraemer, HC., Wilson, G.T., Fairburn, C.G., Agras, W.S. (2002). Mediators and Moderators of Treatment Effects in Randomized Clinical Trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 83-87.

- Lemmens, L.H.M., van Bronswijk, S.C., Peeters, F., Arntz, A., Hollon, P.S.D., Huibers, M.J.H. (2018). Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for adult depression: follow-up of a randomized controlled trial, *Psychological Medicine*, 45,1-9.
- LeMoult, J., Gotlib, I.H. (2019). Depression: A cognitive perspective, *Clinical Psychology Review*, 69,51-66.
- Lewinsohn, P.M., Biglan, T., & Zeiss, A. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. Davidson (Ed.), *Behavioural management of anxiety, depression, and pain* (pp.91-146). New York: Brunner/Mazel
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Clarke, G.N. (1984). The Coping With Depression Course: Review and future directions, *Canad. J. Behave*, 21(4), 470-493.
- Lin, P., Campbell, D., Chaney, E., et al. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Ann Behav Med*, 30(2),73-164.
- Ludman, E., Von Korff, M., Katon, W., Lin, E., et al. (2000). The design, implementation, and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(3), 229-245.
- Markowitz, J.C., Weissman, M.M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications, *World Psychiatry*. 3(3),136-139.
- Mauksch, L.B., Tucker, S.M, Katon, W.J., et al. (2001). Mental illness, functional impairment, and patient preferences for collaborative care in an uninsured, primary care population. *J Fam Pract*, 50(1), 41-47.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults (update). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. & (Eds). (2019). *Handbook of Psychotherapy Integration* (3rded.). New York: Oxford University Press.
- Parker, G., Fletcher, K. (2007). Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence, *Acta Psychiatr Scand*, 115, 352-359.
- Preston, J. (2003). Integrative Brief Therapy: Cognitive, Psychodynamic Approach, Humanist, and Neurobehavioral. Spain: Editorial Descleé De Brouwer
- Rodríguez, D.I. Ramos, M.C. Cedeño, L.A. (2018). Psicoterapia Intergrative En Un Caso De Trastorno Depresivo Persistente, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21(1), 121-135.
- Rush, A.J. (2015). Distinguishing functional from syndromal recovery: Implications for clinical care and research. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76,832-834.
- Rush, A.J., Aaronson, S.T., Demyttenaere, K. (2017). Difficult-to-treat depression: A clinical and research roadmap for when remission is elusive, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 23, 1-10.
- Sarmad, Z., Bazargan, A. (2006). *Research Methods in Behavioral Sciences*. Thirteenth edition, the publication of agah.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Thase, M.E., Jarrett, R.B. (2019). Could Treatment Matching Patients' Beliefs About Depression Improve Outcomes? *Behav Ther*, 50(4):765-777.
- Wampler, K.S., Miller, R.B., Seedall, R.B. (2020). *The Handbook of Systemic Family Therapy: Volume 1*, Wiley-Blackwell.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C. (1994). Interpersonal psychotherapy: Current status. *Archives of General Psychiatry*, 51, 599-606.
- Wiles, N.J., Thomas, L., Turner, N., eld, K.G., Kounali, D., Campbell, J., Kessler, D., Kuyken, W., Lewis, G., Morrison, J., Williams, CH., Peters, T.J., Hollinghurst, S. (2016). The long-term effectiveness and cost-eff ectiveness of cognitive behavioral therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaIT randomized controlled trial, *Lancet Psychiatry*, 3, 44-137.
- World Health Organization. (2013). Mental health: suicide prevention (SUPRE) [online]. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide prevention/en/) (accessed 18.06.13.).

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 58), pp.17-26, 2021

Mixed treatment package for depression: pilot study and design

Haddadi, Ruhollah

Dept. of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University,
Roudehen, Iran

Mojtabaei, Mina

Dept. of Clinical Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University,
Roodehen, Iran (Corresponding Author)

Mehryar, Amir-Hoshang

Dept. of Educational Psychology, Higher Institute of Education and Research in
Management and Planning, Iran. Tehran

Received: 2019/10/11

Accepted: 2020/12/20

The present study aimed to implement a mixed treatment package to reduce depressive symptoms. The research method was a quasi-experimental design, pretest-posttest, and follow up with a control group. The study's statistical population consisted of depressed women who had been referred to Atieh Medical Center in Tehran in 2019-20. The sample of the present study consisted of 60 individuals who were diagnosed as depressed patients. These individuals were randomly assigned to four groups. Each group received one type of therapeutic intervention for 12 sessions of 90 minutes. The Instrument of the study included: Beck Depression Inventory-II, 1988. The data were analyzed by Mixed analysis of variance and repeated measurement. The results showed that there was a significant difference between reducing depressive symptoms in four groups. It can be concluded that a mixed treatment package is effective in reducing depressive symptoms in the short and long term.

Keywords: mixed treatment, depression, design, pilot study