Volume 23, Issue 2 (March- April 2024)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The effectiveness of interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) combined with motivational interviewing (MI) on reducing the symptoms of major depression with anxiety distress: A single case study design

Zahra Gholami[1], Shahram Vaziri[1*], Farah Lotfikashani[1]

1. Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Received: 28 December 2023
Accepted for publication: 21 January 2024
[EPub a head of print-29 January 2024]
Payesh: 2024; 23(2): 289- 306

Abstract

Objective(s): Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) is a type of psychotherapy that was initially designed to improve the mood and prevent the relapse of people with bipolar disorder, and for this purpose, understanding and working with biological and social rhythms and training interpersonal skills It is focused. The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of IPSRT in combination with motivational interviewing (MI) on reducing the symptoms of major depression with anxiety distress, which is one of the most common and debilitating mental disorders.

Methods: In this study, IPSRT was combined with MI in the form of a single-case study design with multiple baselines. The subjects included 2 people (one male and one female) with low vision suffering from major depressive disorder with anxiety distress who were selected by the purpose-based accessible sampling method in September 2022 from among the members of the Mashhad welfare student WhatsApp group. After the stability of the research variables in the baseline, the subjects underwent 12 weekly 1-hour therapy sessions with a follow-up period of 2, 1, and 3 months. Beck's depression and anxiety questionnaires were used to evaluate changes in baseline, treatment and follow-up. Data analysis was done with the help of stable change index, effect size, improvement percentage and visual analysis of the graph.

Results: The results showed that this treatment has made clinically and statistically significant changes ($P<0.005$) in reducing symptoms of depression and accompanying anxiety.

Conclusion: Findings support that IPSRT in combination with MI is effective in reducing symptoms of major depression and associated anxiety.

Keywords: interpersonal and social rhythm therapy, motivational interview, major depression, anxiety distress

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

[*] Corresponding author: Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
E-mail: shahram.vaziri@gmail.com

سال بیست و سوم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۳

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

اثربخشی ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی (IPSRT) در تلفیق با مصاحبه انگیزشی (MI) بر کاهش علائم افسردگی اساسی توام با پریشانی اضطرابی : مطالعه تک آزمودنی

زهرا غلامی[۱]، شهرام وزیری[۱*]، فرح لطفی کاشانی[۱]

۱. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۹ بهمن ۱۴۰۲]
نشریه پایش: ۳۰۶- ۲۸۹ :(۲)۲۳؛ ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی (IPSRT) نوعی روان درمانی است که در ابتدا برای بهبود خلق و خو و پیشگیری از عود افراد مبتلا به اختلال دوقطبی طراحی و بدین منظور بر درک و کار با ریتم های بیولوژیک و اجتماعی و آموزش مهارت های بین فردی تمرکز دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی IPSRT در تلفیق با مصاحبه انگیزشی (MI) بر کاهش علائم افسردگی اساسی توام با پریشانی اضطرابی که یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات روان می باشد، انجام شده است.

مواد و روش کار: در این پژوهش IPSRT در تلفیق با MI در قالب طرح مطالعه تک موردی با خط پایه چندگانه انجام شد. آزمودنی ها شامل ۲ نفر (یک مرد و یک زن) کم بینای مبتلا به اختلال افسردگی اساسی توام با پریشانی اضطرابی بودند که به روش نمونه گیری در دسترس مبتنی بر هدف در شهریور ماه ۱۴۰۱ از میان اعضای گروه واتساپ دانشجویان بهزیستی مشهد انتخاب شدند. بعد از ثبات منغیرهای پژوهش در خط پایه، آزمودنی ها ۱۲ جلسه درمانی ۱ ساعته هفتگی با دوره پی گیری ۲،۱و۳ ماهه را گذراندند. برای ارزیابی تغییرات در مرحله خط پایه، درمان و پی گیری از پرسش نامه های افسردگی و اضطراب بک استفاده گردید. تحلیل داده ها به کمک شاخص تغییر پایا، اندازه اثر، درصد بهبودی و تحلیل دیداری نمودار انجام شد.

یافته ها: یافته های حاصل نشان داد که این درمان تغییرات معناداری از نظر بالینی و آماری ($P<۰/۰۰۵$) در کاهش علائم افسردگی و اضطراب همراه آن، ایجاد کرده است.

نتیجه گیری: یافته ها از این امر حمایت می کند که IPSRT در تلفیق با MI بر کاهش علائم افسردگی اساسی و اضطراب همراه آن موثر است.

کلمات کلیدی: ریتم درمانی بین فردی واجنماعی، مصاحبه انگیزشی، افسردگی اساسی، پریشانی اضطرابی

کد اخلاق: IR.IAU.R.REC.1401.036

* نویسنده پاسخگو: رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روانشناسی
E-mail: shahram.vaziri@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

مقدمه

طبق گزارش موسسه سنجش و ارزیابی سلامت (Institute of Health Metrics and Evaluation) در سال ۲۰۱۹، از هر ۸ نفر یک نفر (۹۷۰ میلیون نفر) در سراسر جهان به یک اختلال روانی مبتلا بوده که از آن میان اختلالات اضطرابی و افسردگی به عنوان شایع ترین اختلالات روان گزارش شده است[۱]. در سال ۲۰۲۰، تعداد افرادی که با اختلالات اضطرابی و افسردگی زندگی می کردند به دلیل همه گیری ویروس کرونا (COVID-19) به طور قابل توجهی افزایش یافت به طوری که به ترتیب یک افزایش ۲۵/۶ و ۲۷/۶ درصدی در اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسی به وجود آمد[۲]. افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder (MDD)) که یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات روانی در سال های اخیر است [۱و۲]، با نوسانات خلقی معمولی و پاسخ های عاطفی کوتاه مدت به چالش های زندگی روزمره متفاوت بوده، به طوری که در طول یک دوره افسردگی اساسی، فرد در بیشتر روز، تقریبا هر روز، حداقل به مدت دو هفته، خلق افسرده (احساس غمگینی، تحریک پذیری، پوچی) یا از دست دادن لذت یا علاقه به فعالیت ها را تجربه می کند و علاوه بر آن چندین علامت دیگر نیز وجود دارد (وجود ۴ علامت الزامی است) که ممکن است شامل تمرکز ضعیف، احساس گناه مفرط یا کم ارزش بودن، نا امیدی نسبت به آینده، افکار در مورد مردن یا خودکشی، اختلال در خواب، تغییر در اشتها یا وزن و احساس خستگی یا ضعف در انرژی، باشد[۱]. افراد مبتلا اغلب گریان، تحریک پذیر، غمگین، عصبانی، مضطرب و ترسو به نظر می رسند. نشخوارهای ذهنی وسواس گونه، نگرانی مفرط درباره سلامتی فیزیکی و شکایات مربوط به درد (مانند: سردرد، درد شکم و مفاصل یا سایر نقاط بدن) در آنها شایع است[۳]. همچنین در موارد شدید، افسردگی ممکن است با نشانه های روان پریشی، افکار خودکشی و افزایش احتمال مرگ غیر طبیعی همراه باشد[۴-۳]. اگر چه یک دوره افسردگی معمولا با گذشت زمان از بین می رود اما این دوره ممکن است ۵ ماه یا بیشتر ادامه یابد؛ امکان بازگشت دوره ها پس از بهبود نیز وجود داشته به طوری که حدود دو سوم افراد مبتلا حداقل یک بار دیگر در طی زندگی شان به آن دچار خواهند شد و نیز هر دوره جدید امکان ابتلا به دوره دیگر را ۱۶ درصد افزایش خواهد داد[۴]. نکته قابل توجه دیگر نرخ بالای همایندی مرضی این اختلال با اختلالات اضطرابی است به طوری که دست کم ۶۰ درصد افرادی که افسردگی دارند به یک اختلال اضطرابی نیز دچارند[۴]. از شایع ترین اختلالات اضطرابی همراه با افسردگی اساسی می توان به اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder(GAD)) اشاره کرد[۴]. اما گاهی اضطراب همراه با MDD ملاک های کامل یک اختلال اضطرابی مجزا را دارا نبوده با اینحال قابل چشم پوشی نیز نمی باشد. این موضوع باعث به وجود آمدن تغییرات جدیدی در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)) گردید، به طوری که هنگام حضور دست کم دو نشانه اضطرابی از جمله: تنش یا احساس عصبی بودن، بی قراری (آرامش نداشتن در اکثر مواقع)، دلهره و نگرانی درباره وقوع یک رویداد وحشتناک، ترس درباره از دست دادن کنترل خود، ناتوانی در تمرکز حواس به دلیل نگرانی[۵]، از شاخص "همراه با پریشانی توام با اضطراب"، به عنوان اسپسیفایر اختلالات خلقی از جمله افسردگی اساسی، در تشخیص گذاری استفاده می شود[۴]. همچنین شدت این اضطراب از خفیف (دو سمپتوم)، متوسط (سه سمپتوم)، متوسط – شدید (چهار یا پنج سمپتوم) و شدید(چهار یا پنج سمپتوم به همراه تشویش حرکتی(پرتحرکی)) [۵] باید مورد سنجش قرار گیرد. تحقیقات فراوان نشان می دهد که حضور اضطراب در کنار افسردگی می تواند فرد را بی ثبات کند، ریسک خودکشی را افزایش دهد، منجر به طولانی تر شدن مدت بیماری شده و باعث شود بیمار به درمان پاسخ مناسب ندهد[۵]. کلیه موارد فوق به اهمیت تشخیص گذاری دقیق و درمان به هنگام به منظور پیشگیری از عوارض جبران ناپذیر این اختلال اشاره دارد. یافتن درمانی مناسب بدون توجه به عوامل به وجود آورنده اختلال امکان پذیر نیست. مطالعات، آسیب پذیری افراد نسبت به افسردگی را به علل متعددی از جمله: زیستی-عصبی، بین فردی، حمایت اجتماعی ناچیز، هیجان ابراز شده بالا در خانواده، اطمینان طلبی شدید که منجر به طرد شدن فرد از سوی دیگران می شود، مهارت های اجتماعی ضعیف، عوامل شناختی از جمله طرحواره های منفی، باورهای منفی در مورد خویشتن، جهان و آینده، سوداری در توجه و یادآوری اطلاعات منفی به جای اطلاعات مثبت، اسنادهای پایدار و کلی در خصوص محرک های تنش زا که موجب احساس نومیدی می شوند و گرایش به نشخوار فکری، مرتبط دانسته اند[۳،۴،۶]. بر این اساس درمان های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

متعددی از قبیل دارو درمانی، الکتروشوک، شناخت درمانی، رفتاردرمانی، طرحواره درمانی، روان درمانی بین فردی، درمان روانپویشی، درمان هیجان مدار، خانواده درمانی و... طرح ریزی شده است که هر کدام بر اصلاح بعضی از علل سبب ساز این اختلال تمرکز دارد[۳،۵،۶]. با وجود آنکه برخی تغییرات بر درمان های موجود افسردگی در دهه های اخیر صورت گرفته است، اما اثربخشی آن در طول زمان تغییری نکرده و با وجود درمان های موثری که برای MDD ذکر شده بسیاری از افرادی که افسردگی را تجربه می کنند درمان صحیحی را تجربه نمی کنند[۷]. تحقیقات صورت گرفته اثربخشی درمان با رویکردهای مختلف را در کوتاه مدت تایید کرده اما اثرات درمان در طول زمان کاهش پیدا می کند[۷]. با توجه به اینکه MDD اختلالی زیستی، روانی و اجتماعی است تمرکز محدود شده درمان های موجود بر یکی از این ابعاد و غفلت از سایر جنبه ها می تواند راه را برای عود مجدد اختلال هموار سازد[۳،۴]. لذا به کار بردن تلفیقی از درمان ها می تواند ابعاد کژکار بیشتری را در سیطره درمانی خود قرار داده و این محدودیت را کاهش دهد. یکی از درمان هایی که اخیرا در مورد MDD مورد مطالعه قرار گرفته است، ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی((Interpersonal and Social Rhythm (IPSRT Therapy) نام دارد[۸].

IPSRT که اولین بار توسط الن فرانک (Ellen Frank) برای درمان اختلال دوقطبی طراحی شد، نوعی روان درمانی است که به طور همزمان بر ابعاد زیستی، اجتماعی و میان فردی درگیر در اختلال تمرکز دارد [۹]. فرانک معتقد بود سه عامل عدم پایبندی به دارو، بروز عامل استرس زا و اختلال در ریتم های اجتماعی، عود بیماران دوقطبی که تحت درمان با داروهای تثبیت کننده خلق هستند را موجب می گردد[۹]. لذا او با تاکید بر تنظیم ریتم های شبانه روزی (مانند: زمان خواب، بیداری و مصرف دارو) و پیاده کردن آن در چارچوب روان درمانی بین فردی کلرمن ((Interpersonal Therapy(IPT) که در آن بر اصلاح روابط بین فردی تمرکز داشت، سعی بر تنظیم ریتم های اجتماعی (مانند زمان صرف غذا، کار، استراحت و ...) افراد مبتلا نمود[۹]. همچنین فرانک علاوه بر چهار حوزه ای که کلرمن برای اصلاح روابط بین فردی در درمان افراد مبتلا به افسردگی تک قطبی در نظر گرفت (غم و اندوه، اختلاف نقش، انتقال نقش و کاستی نقش)، "غم از دست دادن سلامتی" را نیز به این حوزه ها افزود. لذا در جلسات ابتدایی درمان IPSRT یکی از این حوزه ها که بیشترین ارتباط را با مشکل فعلی مراجع دارد انتخاب و در کنار تنظیم ریتم های شبانه روزی و اجتماعی مراجع، برای اصلاح حوزه بین فردی انتخاب شده مهارت های لازم آموزش داده می شود[۹].

تحقیقات نیز اثربخشی این درمان را در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در فازهای شیدایی و افسردگی تایید کرده است[۱۱-۹]. در این راستا می توان به پژوهش هلاستالا (Hlastala) و همکارانش در سال ۲۰۱۰ بر روی ۱۲ نوجوان با اختلال طیف دوقطبی اشاره نمود که بعد از ۱۶-۱۸ جلسه دریافت درمان IPSRT به مدت بیش از ۲۰ هفته، شرکت کنندگان علاوه بر گزارش رضایتمندی بالا از درمان، کاهش قابل نوجهی در جنون، افسردگی و نشانه های عمومی داشته و عملکرد آنها به شکل قابل توجهی افزایش یافته بود[۱۰]. همچنین در پژوهش دیگری در سال ۲۰۲۰ بر روی مبتلایان به اختلال دوقطبی مراجع کننده به بخش اختلال های خلقی دانشگاه کامپانیا "لونیجی وانویتلی" که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (دریافت کننده درمان IPSRT) و کنترل (دریافت کننده درمان به صورت معمول) گمارش شده بودند، بیماران بعد از ۳و۶ ماه با چندین ابزار معتبر ارزیابی، و نتایج نشان داد گروه آزمایش بهبود قابل توجهی در علائم اضطراب، افسردگی، شیدایی، پاسخ به تثبیت کننده های خلق و عملکرد گزارش کرده اند [۱۱]؛ شاه محمدی و نیکنام نیز در مطالعه خود IPSRT را بر کاهش افسردگی و بی ثباتی هیجانی مبتلایان به اختلال دوقطبی، موثر دانسته اند[۱۲]. اخیرا در مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ بر روی ۱۱ آزمودنی مبتلا به MDD بعد از درمان IPSRT به مدت ۱۲ ماه انجام شد نیز بهبود قابل توجهی در نشانه ها و عملکرد افراد مورد مطالعه مشاهده گردید. با این وجود در مطالعه فوق بر لزوم انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه تاکید شده است[۸].

طبق آنچه گذشت درمانی مانند IPSRT که ابعاد زیستی، روانی، بین فردی و اجتماعی را درگیر می کند نیازمند تغییراتی گسترده در روال روزمره است. این حجم از دگرگونی می تواند برای هر انسانی درجاتی از اضطراب به همراه داشته و مقاومتی بر علیه تغییر در او ایجاد کند[۱۳]. لذا دور از انتظارنیست که در فرد مبتلا به اختلال MDD به دلیل کاهش به وجود آمده در انگیزه، اعتماد به نفس، مشارکت در فعالیت ها و پذیرش تغییرات این امر بسیار دشوارتر گردد[۱۴]. پژوهش های انجام شده بر روی افراد افسرده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

نیز موید این مطلب است. این بیماران در شرایطی که با دگرگونی اساسی حوزه های فردی، میان فردی و اجتماعی دست به گریبانند برای شروع و ماندن در درمان نیازمند شیوه ای برای افزایش انگیزه، امید به درمان و احساس خود کارآمدی می باشند [۱۴]. برای مثال افراد مبتلا به بیماری های سخت از جمله بیماران همودیالیزی [۱۵]، اسکلروز مولتیپل[۱۶] و دیابتی [۱۷] که به دلیل شرایط دشوار، مزمن و عود کننده بیماریشان دچار احساس نا امیدی، درماندگی، ناتوانی و به تبع آن افسردگی می شوند به دلیل عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی، از مصرف دارو امتناع و این امر منجر به افزایش شدت افسردگی، ناامیدی از ادامه درمان، افزایش مشکلات فردی، خانوادگی، اجتماعی و حتی اقدام به خودکشی و افزایش هزینه های درمانی این بیماران می گردد. از این رو استفاده از شیوه های درمانی کمکی مانند مصاحبه انگیزشی که موجب بالا بردن سطح انگیزه و حس کارآمدی این بیماران است، می تواند ضمن افزایش پذیرش تغییرات درمانی، به طور معناداری علائم افسردگی این بیماران را نیز کاهش دهد[۱۷-۱۵].

مصاحبه انگیزشی ((Motivational Interview(MI) که توسط میلر (Miller) و رولنیک (Rollnick) اول بار برای درمان افراد وابسته به الکل طراحی شد، نوعی مداخله مراجع محور رهنمودی است که در آن درمانگر به شیوه ی غیرمستقیم به مراجعی که بر سر دو راهی تغییر یا مقاومت در برابر آن مردد مانده، کمک می کند مسیر تغییر را برگزیده و با افزایش خود کارامدی مراجع، او را در حفظ مسیر یاری می دهد[۱۳]. امروزه از MI برای درمان سایر اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی و خلقی نیز استفاده می گردد. آرکوویتز(Arkowits) و برک (Burke)، MI را از آن جهت برای درمان اختلال افسردگی مناسب دانسته اند که علائم و خصوصیات افسردگی مانند کمبود انگیزش، دودلی در مورد تغییر، و تصمیم گیری دشوار، همگی موضوع توجه ویژه MI نیز هستند[۱۳]. واتکینز (Watkins)و همکاران بیان می دارند که علاوه بر تردید و دودلی، MI بر افزایش خودکارآمدی (اعتماد به نفس) و تقویت خوش بینی تاکید می کند که امری کلیدی در کاهش علائم افسردگی می باشد[۱۳]. همچنین رفتارهای بی شماری وجود دارند که خلق را تنگ تر، شدت افسردگی را بیشتر، یا افسردگی را طولانی تر می کنند (مانند استرس بین فردی)، که می توان آن را هدف MI قرار داد. زیرا هدف MI تغییر مثبت در رفتار است[۱۳]. بدین ترتیب می شود از MI به صورت درمانی منفرد (مستقل) برای مقابله با MDD استفاده کرد به ویژه در جمعیت هایی که در آنها شدت افسردگی کمتر است و افسردگی مزمن نشده است[۱۳]. همچنین MI را می توان با روان درمانی های کنونی که مبتنی بر شواهد هستند، برای افزایش کارایی آنها تلفیق یا ترکیب کرد [۱۳]. در این راستا مطالعات متاآنالیزی انجام شده است که به کارگیری MI را به منظور افزایش حضور در درمان، بالا بردن تعامل درمانی و بهبود نتایج بالینی تایید می کند[۱۳،۱۴،۱۸]. تلفیق MI با درمان شناختی رفتاری نیز توانسته بیماران را در کنار آمدن با تردیدها و مواجهه با شرایط اضطراب برانگیز و پیشگیری از پاسخ های ناکارآمد یاری دهد [۲۰-۱۹]. همچنین تحقیقات نشان می دهد تلفیق آن با درمان شناختی رفتاری در کاهش شدت و نشانه های اختلال MDD تحت بالینی و بالینی [۱۹] و اختلالات اضطرابی[۲۰] موثرتر از درمان شناختی رفتاری به تنهایی است. از این رو با توجه به پیشینه موجود به نظر می رسد تلفیق درمانی مانند IPSRT که نیازمند ایجاد تغییر در سه حوزه مهم زندگی (فردی، اجتماعی و بین فردی) است با درمانی مانند MI موجب افزایش پذیرش تغییرات درمانی و کارایی آن خواهد گردید. لذا پژوهش حاضر در راستای تکمیل تحقیقات پیشین و با هدف دستیابی به درمانی کارآمدتر به بررسی اثربخشی IPSRT در تلفیق با MI بر کاهش علائم MDD توام با پریشانی اضطرابی پرداخته است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نوع پژوهش های شبه تجربی با طرح تک آزمودنی چند خط پایه(multiple based-across-subjects design) ABA می باشد که به منظور بررسی اثربخشی IPSRT در تلفیق با MI بر کاهش علائم MDD توام با پریشانی اضطرابی انجام شد. (در این طرح A یعنی مرحله خط پایه یا مرحله بدون دستکاری و B معادل مرحله دریافت مداخله است که بر روی یک یا چند آزمودنی انجام می شود). نمونه این پژوهش را ۲ نفر (یک خانم و یک آقا) دارای مشکل بینایی و مبتلا به اختلال افسردگی اساسی توام با پریشانی اضطرابی شامل شد که به صورت نمونه گیری در دسترس مبتنی برهدف از مبان دانشجویان تحت پوشش بهزیستی مشهد که در شهریور ماه ۱۴۰۱ در گروه واتساپ دانشجویان بهزیستی مشهد (شامل ۱۱۰ عضو) عضویت داشتند، براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند.حجم نمونه مطابق با حداقل حجم نمونه لازم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

برای تایید یا رد فرضیه های پژوهش در مطالعات پژوهشی تک آزمودنی انتخاب گردیده است[۲۱]. روش نمونه گیری بدین صورت بود که ابتدا در گروه واتساپی که جامعه پژوهش را شامل می شد فراخوان پذیرش داوطلب برای شرکت در پژوهشی که درمان رایگان برای افراد مبتلا به افسردگی ارائه می دهد، ارسال گردید. از میان اعضای گروه ۶ نفر داوطلب شدند که پس از تکمیل پرسش نامه های پژوهش و ارزیابی مقدماتی توسط پژوهش گر، تنها ۴ نفر (۳خانم و ۱ آقا) واجد شرایط ورود به پژوهش شدند. از این میان ۲ آزمودنی خانم یکی در مرحله خط پایه به دلیل مشکلات خانوادگی و دیگری در میانه درمان به دلیل سفر از پژوهش خارج و در نهایت تنها ۲ آزمودنی تمام جلسات درمان را ادامه و نمونه نهایی را تشکیل دادند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: گرفتن تشخیص اختلال MDD با شدت خفیف تا شدید براساس پرسش نامه افسردگی بک -ویرایش دوم (BDI-II)، فقدان ملاک های سایر اختلال های محور I وII براساس مصاحبه روان پزشکی انجام شده توسط روان شناس بالینی، توانایی خواندن و نوشتن در حد مورد نیاز برای درک و انجام تکالیف، عدم دریافت درمان های موازی و امضای فرم موافقت نامه شرکت در پژوهش. معیار های خروج از درمان عبارت بود از: عدم تمایل مراجع به ادامه پژوهش، غیبت کردن در دو جلسه درمانی، انجام ندادن تکالیف مشخص شده تا آنجا که روند درمان را با مشکل مواجه کند، بروز مشکلات جسمانی یا روانی مخل درمان. لازم به ذکر است به دلیل مشکل بینایی آزمودنی ها و راحتی ایشان کلیه جلسات درمانی به صورت مکالمات تلفنی برگزار شد (به موجب مشکلات اینترنتی سراسری در کشور حین اجرای پژوهش امکان برگزاری جلسات به صورت تصویری امکان پذیر نبود)، همچنین پرسش نامه ها به صورت ویس در زمان های مشخص به واتساپ ایشان ارسال گردید.

اطلاعات آزمودنی ها:

مورد آزمایش اول آقای ۲۳ ساله، مجرد، دانشجوی سال چهارم کارشناسی علوم تربیتی، متولد و ساکن مشهد. ایشان به علت احساس افسردگی که از حدود ۲ ماه قبل به دلیل برهم خوردن رابطه صمیمی با دوست پسرش به وجود آمده بود داوطلب دریافت درمان شد. علائم ایشان طی ارزیابی اولیه توسط درمانگر (دانشجوی دکتری روان شناسی بالینی و مجری پژوهش حاضر) بوسیله مصاحبه بالینی و پرسش نامه های افسردگی و اضطراب بک، عبارت بود از: احساس غمگینی، کاهش لذت، احساس گناه، انتظار تنبیه شدن، سرزنش خود، تمابل به گریه کردن، تحریک پذیری شدید، تمایل به انزوا، مشکل در تصمیم گیری، احساس کم ارزشی، خواب بیش از حد معمول (روزهایی که کلاس ندارد و مجبور نیست به دانشگاه برود ۱۲ الی ۱۵ ساعت می خوابد)، کاهش اشتها (غذا نخوردن به دلیل کسب توجه خانواده بوده نه به دلیل کاهش اشتها)، کاهش وزن محسوس، لرزش و مور مور شدن خفیف در دست و پاها (مشکل پزشکی مرتبط مثل کم خونی، تیرویید، دیابت و هورمونی وجود نداشت)، ترس از دست دادن کنترل و عصبی بودن، بی قراری (نداشتن آرامش) در اکثر مواقع، دلهره و نگرانی درباره وقوع یک رویداد وحشتناک. ترس از مردن. در سابقه روان پزشکی ایشان به جز ۲ بار اقدام به خودکشی با دارو (قرص مسکن) در ۲ سال قبل که عوارض جدی و بستری به همراه نداشته و به نوعی برای جلب توجه اطرافیان انجام شده است، مورد دیگری گزارش نشد (در زمان مراجعه فعلی فاقد هرگونه افکار و تمایل آسیب به خود یا دیگران بود)، مراجعه قبلی به روان پزشک و روان شناس نداشته است. همچنین ایشان در زمینه پزشکی به دلیل نقص مادرزادی در شبکیه چشم دچار مشکل بینایی شدید می باشد که به خاطر آن تحت پوشش بهزیستی مشهد قرار دارد. در سابقه خانوادگی فرزند اول بوده و دارای یک خواهر و دو برادر(به ترتیب ۱۶، ۲۰ و ۸ساله) است. برادر کوچک تر به مانند مراجع دچار مشکل شدید بینایی مادرزادی است. پدر سابقه مصرف الکل داشته که ۲ سال قبل به دنبال تهدید طلاق مادر دیگر مصرف نمی کند. روابط خانوادگی مراجع بسیار آشفته بوده که به صورت دعوا، پرخاشگری، قهر و آشتی های پی در پی میان والدین و دیگر اعضای خانواده بروز می کند. در فامیل درجه یک پدر سابقه وسواس وجود دارد اما هیچ کدام از اعضای خانواده و فامیل مراجع تا کنون به روان پزشک و روان شناس مراجعه نکرده اند. بیمار به لحاظ تحصیلی موفق بوده و در زمره دانش آموزان و دانشجویان محبوب و فعال نزد همکلاسی ها و معلم ها به شمار می آید و با وجود مشکل بینایی شدید در دانشگاه عادی مشغول به تحصیل است و نمراتش عالی است. او روابط اجتماعی خود را بسیار خوب ارزیابی می کند و همیشه داوطلب کمک به دیگران است تا آنجا که گاهی دوستان نزدیکش او را بخاطر این قبیل از خودگذشته گی های افراطی که منجر به سوء استفاده دیگران می شود شماطت می کنند. او اظهار می دارد از کمک به دیگران لذت می برد ولی فقط در ارتباط با دوست صمیمی اش آنقدر که به او توجه می کند، توجهی دریافت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

نمی کند و این مهم ترین موردی است که در روابط بین فردی خارج از خانواده، او را آزار داده و همین مسئله موجب قطع ارتباط او با دوستش و علت افسردگی و مراجعه فعلی او شده است. ایشان به دلیل مشکل بینایی خود از بهزیستی مشهد کمک هزینه تحصیلی (به صورت بازپرداخت شهریه ماه ها بعد از پرداخت ایشان) و مستمری ماهانه (حدود ۵۰۰ هزار تومان) دریافت می کند که به دلیل شرایط اقتصادی نامناسب خانواده این مبلغ ناچیز جوابگوی نیازهای ایشان نبوده و بخاطر شرایط جسمانی نیز نمی تواند کار مناسبی بیابد. در رابطه با وضعیت ظاهری، مشکل بینایی مراجع در ظاهر چشم او مشخص نیست و این موجب گردیده مراجع به دلیل اجتناب از احساس ترحم دیگران از عصای سفید استفاده نکند و این امر گاهی به دلیل ندیدن برخی چاله ها و موانع حوادثی چون زمین خوردن و زخمی شدن های سطحی را برایش در بر داشته است. همکاری مراجع با درمانگر در جلسات درمان خوب و حافظه شنیداری مراجع بسیار قوی بود که یکی از دلایل موفقیت های تحصیلی وی نیز می باشد. سایر حوزه های مورد بررسی (محتوا، جریان و فرم تفکر، ادراک و...)، نرمال و مراجع دارای بینش کامل نسبت به مشکل خود است. طی ارزیابی های انجام شده مطابق با راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی DSM-5، مراجع دارای اختلال MDD همراه با پریشانی اضطرابی است (علائم اضطرابی عبارت بود از: ناتوانی در حفظ آرامش، تنش یا احساس عصبی بودن، ترس از دست دادن کنترل، دلهره و نگرانی درباره روی دادن یک رویداد وحشتناک) و شدت پریشانی اضطرابی متوسط –شدید بود.

مورد آزمایش دوم: خانم ۳۵ ساله، مجرد، دانشجوی ترم پنجم کارشناسی ارشد روان شناسی، متولد و ساکن مشهد. ایشان به دلیل احساس افسردگی که از یکسال اخیر به دنبال برهم خوردن رابطه عاطفی با دوست پسرش شروع شده و به تدریج شدت گرفته، عملکرد تحصیلی اش مختل گردیده و بخاطر آن داوطلب دریافت درمان شد. علائم آزمودنی در زمان مراجعه طی ارزیابی بوسیله مصاحبه بالینی و پرسش نامه های افسردگی و اضطراب بک توسط درمانگر پژوهش عبارت بود از: احساس غمگینی، کاهش لذت، احساس گناه بخاطر کارهایی که انجام نداده، انتظار تنبیه شدن، سرزنش خود، تمایل به گریه کردن، تحریک پذیری، تمایل به انزوا، احساس کم ارزشی، صبح ها ۲ ساعت زودتر از معمول بیدار می شود (ساعت ۳ الی ۴ صبح، میزان خواب در کل روز ۸ الی ۱۲ ساعت) و ناتوانی در به خواب رفتن مجدد که موجب کسالت و ساعت ها در رختخواب ماندن می شود. کاهش وزن محسوس در یکسال گذشته، کاهش تمرکز، کاهش محسوس میل جنسی، کاهش انرژی و زود خسته شدن، تحریک پذیری بیش از حد و ترس از دست دادن کنترل بود. در سابقه روان پزشکی ایشان موردی گزارش نشد و مراجعه قبلی به روان پزشک و روان شناس نداشته است. در زمینه پزشکی در ۲۴ سالگی به علت بالا رفتن فشار داخلی چشم دچار آسیب عصب بینایی و افت شدید بینایی شده است و مشکل دیگری گزارش نشد. در سابقه خانوادگی وابستگی به مواد مخدر در پدر و خانواده پدری و مادری گزارش شد. مراجع که با والدینش زندگی می کند کوچک ترین فرزند خانواده از ۴ فرزند است. وی روابط خانوادگی خود را در حد نرمال گزارش می کند. بیمار به لحاظ تحصیلی موفق بوده و در تمام مراحل تحصیلش جزو شاگردان نمونه محسوب می شده است. او رابطه با همسالان و دوستان خود را خیلی خوب می داند و به جز مشکلی که در رابطه با دوست پسرش برای او بوجود آمده اکثر روابط خود را موفق ارزیابی می کند. علت برهم خوردن رابطه اش از نظر ایشان وجود مشکل بینایی بوده که چون قابل درمان نیست موجب از دست رفتن رابطه عاطفی ایشان و به دنبالش افسردگی و اختلال در عملکرد تحصیلی وی شده است. مراجع به دلیل مشکل بینایی خود از بهزیستی مشهد کمک هزینه تحصیلی (به صورت بازپرداخت بخشی از شهریه، ماه ها بعد از پرداخت شهریه توسط ایشان) و مستمری ماهانه (حدود ۵۰۰ هزار تومان) دریافت می کند ولی این مبالغ بسیار ناچیز بوده و هزینه های زندگی و تحصیلی ایشان توسط خانواده مرتفع می شود. در رابطه با وضعیت ظاهری، مشکل بینایی ایشان در ظاهر مشخص نیست و بدون نیاز به دیگران و عصا در مسیرهای آشنا می تواند رفت و آمد کند اما در مسیرهای ناآشنا که نیاز به رفت و آمد از پله ها یا خواندن تابلوهاست دچار مشکل می شود و احتمال زمین خوردن وجود دارد. حافظه کوتاه مدت مراجع کند تر از نرمال بود که به گفته ایشان طی سال گذشته اینگونه شده است. سایر حوزه های مورد یررسی (مثل محتوا، جریان و فرم تفکر، ادراک و...) نرمال، همکاری با درمانگر خوب و بینش مراجع به مشکل خود کامل بود. تشخیص نهایی برای این مراجع اختلال MDD همراه با پریشانی اضطرابی (علائم اضطرابی شامل: تنش یا احساس عصبی بودن، ترس از دست دادن کنترل) بود. شدت پریشانی اضطرابی در حد خفیف ارزیابی شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

روش اجرا: هر یک از آزمودنی ها بعد از ارزیابی اولیه، در یک فرم قرارداد درمانی که به واتساپ ایشان ارسال شد با مراحل درمان آشنا شده و موافقت خود را اعلام نمودند. مطابق این قرارداد آزمودنی ها ابتدا به مدت یک ماه بدون دریافت هیچگونه درمانی هر دو هفته یک بار پرسش نامه های افسردگی و اضطراب بک را که برای ایشان در پیام رسان واتساپ ارسال می شد، تکمیل کردند (مرحله خط پایه). قبل شروع این مرحله به آزمودنی ها توضیح داده شده بود که علت این وقفه درمانی ارزیابی دقیق شرایط و عوامل تاثیرگذار بر خلق و خوی آنهاست و زمانی که درمانگر شرایط را برای دریافت درمان مناسب ارزیابی کند، درمان آغاز خواهد شد. لازم به ذکر است از آنجا که داده های به دست آمده در این یک ماه نشان دهنده ثبات آزمودنی ها در متغیر های مورد بررسی بود این مدت زمان در حین اجرا تمدید نشد. پس از مرحله خط پایه هر آزمودنی در ۱۲ جلسه هفتگی به مدت یک ساعت شرکت کرده و هر دو هفته یک بار پرسش نامه ها را تکمیل نمود. فاصله جلسات پایانی درمان (سه جلسه انتهایی) متناسب با شرایط آزمودنی ها به ترتیب به دوهفته، سه هفته و یک ماه افزایش یافت. پس از اتمام جلسات درمان آزمودنی آقا به مدت ۲ ماه (هر یک ماه یک بار) و آزمودنی خانم به مدت ۳ ماه (هر یک ماه یک بار) بدون دریافت هیچگونه درمانی پرسش نامه ها را تکمیل کردند (مرحله پی گیری). دستورجلسات درمان مطابق با پروتکل درمانی IPSRT برای درمان بیماران دوقطبی [۹] و تکنیک های IPT[۲۲] و MI [۱۳] انجام شد.

محتوای جلسات درمان

جلسه اول: ابتدا از مراجع خواسته شد درباره یک ماه اخیر (خط پایه) که در انتظار دریافت درمان بوده و مسائل مهمی که در این مدت اتفاق افتاده و بر تغییرات خلقی او تاثیرقابل توجهی گذاشته، صحبت کند و اگر مواردی وجود دارد که در مصاحبه اولیه ذکر نکرده است در این جلسه می تواند به آن ها اشاره کند. در ادامه درمانگر از طریق مصاحبه تکمیلی بدون ساختار به جمع آوری اطلاعات مورد نیاز برای اطمینان از برقرار ماندن ملاک های ورود به پژوهش بعد از یک ماه دوره خط پایه پرداخت. سپس به توضیح اختلال افسردگی علل و عوارض آن، درمان های موجود و علت انتخاب درمان IPSRT و روند درمان پیش رو، تعداد جلسات و قوانین جلسه (از جمله تماس تلفنی با درمانگر فقط در زمان مشخص شده برای جلسات، غیبت نداشتن و انجام تکالیف خواسته شده، تکمیل به موقع پرسش نامه های ارسالی و...) و همچنین اطمینان دادن به مراجع در مورد محرمانه ماندن اطلاعات هویتی ایشان، پرداخته شد. در خاتمه بعد از جمع بندی، به سوالات مراجع پاسخ داده شد.

جلسه دوم: ابتدا درباره مسائل حائذ اهمیتی که طی هفته گذشته برای مراجع روی داده، صحبت شد و درمانگر به مراجع اطمینان داد که به تمام موارد اخیر در زمان مناسب خواهند پرداخت. در ادامه برای افزایش انگیزه تغییر و مشخص شدن مسیر درمان، درباره ارزش های مراجع در زندگی، تعریف ارزش و تفاوت آن با هدف مطالبی ذکر شد. سپس مراجع با راهنمایی درمانگر ارزش های زندگی اش را بیان و اهدافی که او را به این ارزش ها رهنمود می سارد، انتخاب و اولویت بندی کرد. سپس از آن میان با توجه به محدود بودن درمان دو هدف، یکی در حیطه روابط میان فردی و هدف دیگر در حیطه رشد فردی و تاثیر گذار بر ریتم اجتماعی به عنوان اهداف درمانی انتخاب شد. در ادامه انتظارات مراجع از درمان در ارتباط با این دو هدف، مشخص و در مورد شیوه رسیدن به آن ها، صحبت شد. در انتهای جلسه پس از جمع بندی و پاسخ به سوالات مراجع، قرار شد تمرکز اصلی درمان در جلسات آتی بر روی اهداف انتخابی در این جلسه، قرار گیرد.

جلسه سوم: بعد از بررسی هفته گذشته درباره ریتم های زیستی و اجتماعی مراجع (ساعت خواب، بیداری، زمان صرف غذا، کار و...) و تاثیر آن بر تداوم افسردگی و رسیدن به اهداف، صحبت و با ثبت برنامه روزانه مراجع درباره زمان بیداری، خواب، اجتناب از حذف وعده های غذایی به دلیل بی نظمی و اختصاص زمان هایی مناسب در یرنامه روزانه برای رسیدن به اهداف انتخابی، صحبت و برنامه ریزی شد.

جلسه چهارم: در مورد روابط میان فردی تاثیرگذار در زندگی مراجع صحبت شد و حوزه های میان فردی دچار مشکل ارزیابی و به کمک مراجع حوزه ای که بیشترین تاثیر را بر مشکل فعلی او گذاشته و او تمایل به تغییر آن داشت، انتخاب گردید. هر دو آزمودنی در حوزه اختلاف نقش و سوگ از دست دادن سلامتی (کم بینایی) دچار بیشترین مشکل بودند اما از آنجایی که حوزه اختلاف نقش بر اختلال فعلی آزمودنی ها تاثیرگذارتر بود تمرکز اصلی درمان بر این حوزه قرار گرفت. لازم به ذکر است در مورد آزمودنی آقا به دلیل تنش های بالا در روابط خانوادگی و عدم تمایل مراجع و خانواده ایشان به اصلاح روابط فی ما بین، فقط بر روی رابطه ایشان با چند تن از دوستان صمیمی که نقش مهمی در تغییرات خلقی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

ایشان داشتند، تمرکز گردید. در مورد آزمودنی خانم نیز بر روی رابطه عاطفی به بن بست رسیده، قطع کامل آن و آماده سازی ایشان برای ایجاد روابط موثر دیگر تمرکز گردید.

از جلسه پنجم تا یازدهم: هر جلسه با بررسی هفته قبل از لحاظ ارزیابی ریتم- اجتماعی و زیستی، چگونگی انجام برنامه های مورد توافق در جلسه قبل، آغاز می شد؛ سپس چگونگی روابط بین فردی مورد نظر در هفته گذشته بررسی و مشکلات به وجود آمده با کمک مراجع به صورت دقیق تجزیه و تحلیل و مهارت های مورد نیاز براساس مسئله مطرح شده آموزش داده می شد. لازم به ذکر است که در جلسه هشتم به مراجعین یادآوری شد که طبق توافق اولیه درمان، جلسات انتهایی با فاصله زمانی بیشتری برگذار خواهد گردید و علت آن نیز توضیح داده شد.

جلسه دوازدهم: بعد از مرور آنچه در ماه اخیر برای مراجع روی داده، به تجزیه و تحلیل مسائل پیش آمده و راه های پیشنهادی مراجع برای حل آن با توجه به آنچه طی جلسات درمان آموخته، پرداخته شد. سپس میزان حصول اهداف درمانی بررسی و به دغدغه های مراجع، برنامه های آتی او، راه ها و موانع متصورش برای رسیدن به اهداف مورد نظر و چگونگی رفع این موانع پرداخته شد. این جلسه با جمع بندی و اطمینان به مراجع که روند سلامتی او توسط درمانگر پی گیری خواهد شد و هر زمان که مراجع نیازمند کمک تخصصی باشد می تواند مجدد مراجعه کند، به پایان رسید.

لازم به ذکر است که طی درمان در صورت مشاهده تغییرات قابل توجه در پاسخ گویی به پرسش نامه های ارسالی به واتساپ مراجع (هر دو هفته یک بار)، به عنوان مثال تغییرات شدید در کیفیت خواب، اشتها، ترس از وقوع حادثه بد و ...، در ابتدای جلسه بعدی در مورد علت آن با مراجع گفتگو و ارزیابی های تکمیلی صورت می گرفت. همچنین از ابتدای درمان متناسب با نیاز مراجع از تکنیک های MI از جمله سوالات باز (Open questions)، تاییدها(Affirmations)، انعکاس ها(Reflections) و خلاصه کردن ها (Summarises) در کنار همدلی و لغزیدن بر مقاومت ها، برای سنگین تر کردن کفه نیاز به تغییر در برابر حفظ وضع موجود استفاده گردید. همچنبن درمانگر برای افزایش خودکارآمدی مراجع با تمرکز بر ارزش ها و اهداف درمانی به یادآوری توانمندی های گذشته مراجع که اکنون توجهی به آنها نداشت، پرداخته و او را در راستای حرکت به سوی اهداف آتی به شیوه غیر مستقیم هدایت نمود. مهارت های آموزش داده شده طی جلسات بر حسب نیاز مراجعین عبارت بود از: مهارت نه گفتن، مهارت ارتباط موثر، مهارت مدیریت خشم، ابراز وجود جرات مندانه، تحلیل روابط، آموزش همدلی و نیز به منظور افزایش سطح آگاهی مراجعین کتاب های صوتی " همیشه راضی نگه داشتن دیگران یا مهرطلبی ممنوع" نوشته نازنین آذرسا[۲۳] و" ۵ زبان عشق" اثر گری چاپمن [۲۴]، برای مطالعه بین جلسات به عنوان تکلیف مشخص شد.

در نهایت تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پرسش نامه ها با استفاده از شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی، اندازه اثر و تحلیل دیداری نمودارها با کمک ویرایش بیست و هفتم نرم افزار SPSS و اکسل ۲۰۱۶، انجام شد.

ابزارهای پژوهش:

پرسش نامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II):

پرسش نامه افسردگی بک Beck Depression Inventory(BDI) اول بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک (Beck)، مندلسون (Mendelson)، موک (Mock) و ارباف (Erbaugh) معرفی شد. در سال ۱۹۷۱ تجدید نظر و با نام BDI- IA (Amended Beck Depression Inventory) در ۱۹۷۸ منتشر گردید[۲۵]. بک و همکارانش برای هماهنگی بیشتر این مقیاس با ملاک های DSM-IV یک تجدید نظر اساسی در آن انجام دادند که حاصل آن BDI-II بود[۲۵]. این مقیاس دارای ۲۱ سوال است که برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی طی دو هفته اخیر در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا به کار می رود. هر سوال یک مقیاس ۴ درجه ای است که نمره ای بین ۰-۳ را دریافت می کند، لذا حداقل و حداکثر نمره ای که می توان از این مقیاس کسب کرد به ترتیب ۰ و ۶۳ است. نمرات برش در این مقیاس به این صورت است:

۱۳-۰ غیر افسرده، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط تا شدید، ۶۳-۲۹ افسردگی شدید[۲۵]. همبستگی درونی این مقیاس (آلفای کرونباخ: ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی (r=۰/۹۳) و روایی آن مورد تایید است[۲۶].

پرسش نامه اضطراب بک (BAI):

این پرسش نامه توسط بک و استیر (Steer) (۱۹۹۰) با در نظر گرفتن دو بعد اصلی اضطراب، یعنی علائم شناختی و فیزیولوژیکی تدوین گردید[۲۵]. این مقیاس دارای ۲۱ سوال است، که فراوانی علائم اضطراب را در هفته گذشته بررسی می کند. هر سوال براساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (۰= خیلی کم، خفیف، متوسط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

و شدید= ۳) نمره ای بین ۰-۳ دریافت می کند و بر این اساس حداقل و حداکثر نمره ای که از این مقیاس به دست می آید ۰ و ۶۳ است. نمرات بالاتر اضطراب بیشتر را نشان می دهد[۲۵]. این مقیاس از پایایی به روش بازآزمایی با فاصله یک ماه (P<۰/۰۰۱، r =۰/۸۳) و روایی (P<۰/۰۰۱، r =۰/۷۲) مناسبی برخودار است[۲۷].

یافته ها

نمرات آزمودنی ها و روند تغییر نمرات در پرسش نامه BDI-II به تفکیک مراحل خط پایه، مداخله و پی گیری در جدول ۱ و نمودار ۱و۲ گزارش شده است.

جدول۱: روند تغییرات نمره ها در متغیر افسردگی

نمرات آزمودنی ها در مقیاس BDI-II نشان می دهد که IPSRT در تلفیق با MI موجب کاهش شدت MDD در پایان درمان گردیده است. با توجه به نمرات برش پرسش نامه افسردگی بک [۲۵] که در بخش ابزارهای اندازه گیری به آن اشاره شده است، می توان اظهار داشت، قبل از مداخله شدت افسردگی مورد مرد و زن به ترتیب ۲۷و۲۸ بوده که در طبقه افسردگی با شدت متوسط تا شدید قرار می گیرند. اما بعد از مداخله شدت افسردگی مورد مرد برابر۱۱ و مورد زن برابر ۱۴ و شدت افسردگی در مرحله پی گیری یک و دو ماهه برای آزمودنی مرد به ترتیب ۴ و ۱۳ و در مورد آزمودنی زن در پی گیری یک، دو و سه ماهه به ترتیب ۱۰،۱۱و۱۱ بوده است که براساس نقاط برش پرسش نامه (۰-۱۳= غیر افسرده)، در محدوده افراد دارای کارکرد طبیعی یا عادی قرار می گیرند و می توان دو مورد را به عنوان افرادی که به سطح معناداری بالینی رسیده اند، طبقه بندی کرد. نمرات حاصل از میزان بهبودی کلی نیز در مرحله پس از درمان (۵۴/۶۲ درصد) و در دوره پی گیری (۵۶/۲۷ درصد) بود. از آنجا که محققان درصد بهبودی کمتر از ۲۵ درصد را عدم درمان، ۲۵ الی ۵۰ را درمان اندک و بالاتر از ۵۰ درصد را درمان موفق درنظر می گیرند[۲۸]. از این رو میزان بهبودی آزمودنی ها در متغیر افسردگی در طبقه درمان موفق (بالاتر از ۵۰ درصد) قرار می گیرد.

همچنین نمرات به دست آمده از شاخص اندازه اثر effect size (index)که نشان دهنده بزرگی اثر یا رابطه بین دو یا چند متغیر است در مرحله مداخله برای مورد اول برابر ۳/۰۳ و مورد دوم برابر ۲/۰۷ و میانگین اندازه اثر برای هر دو مورد برابر ۲/۵۵ است که طبق طبقه بندی ارائه شده برای اندازه اثر در طرح های موردی، یک اندازه اثر بزرگ محسوب می شود. فرگوسن (Ferguson) (۲۰۰۹) مقادیر ۰/۴۱، ۱/۱۵ و ۲/۷۰ را به ترتیب برای اثرات کم، متوسط و بالا در طرح های تک موردی گزارش کرده است[۲۹].

شاخص تغییر پایا نیز که نشان می دهد ایا تغییرات مشاهده شده در پایان درمان، نسبت به قبل از درمان، از لحاظ آماری پایا (Reliable) است [۳۰]، برای موردهای مرد و زن در مرحله درمان به ترتیب برابر ۲/۸۵ و ۲/۴۹ و در مرحله پی گیری مساوی ۲/۴۹ و ۳/۲۰ بوده و هر دو مقدار بزرگتر از ۱/۹۶ هستند و نشان می دهند نتایج از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنی دار هستند و تفاوت معنی داری بین نمرات خط پایه با نمرات مرحله درمان و پی گیری وجود دارد. نمودارهای خطی شماره ۱ و ۲ نیز نشان می دهد سطح افسردگی در هر دو مورد اول و دوم در مرحله مداخله و پی گیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است. این مسئله با مشاهده شیب نمودار ها کاملا مشهود هست.

جدول ۲:روند تغییرات نمره ها در متغیر اضطراب

با توجه به نمرات برش پرسش نامه BAI (خیلی کم ۰-۷، خفیف ۸-۱۵، متوسط ۱۶-۲۵، و شدید ۲۶-۶۳) می توان بیان کرد قبل از مداخله مورد زن با نمره ۱۰ در طبقه اضطراب خفیف و مورد مرد با نمره ۲۷ در طبقه اضطراب شدید قرار داشته اما بعد از مداخله مورد زن و مرد با نمره ۴ به یک فرد دارای کارکرد طبیعی یا عادی تغییر وضعیت داده اند. لذا می توان بیان کرد دو مورد زن و مرد در پایان درمان به سطح معناداری بالینی رسیده اند. این روند در مورد آزمودنی زن در دوره پی گیری یک، دو و سه ماهه (به ترتیب ۲،۲ و۴) حفظ گردیده اما در مرحله پی گیری یک و دو ماهه آزمودنی مرد (به ترتیب ۱۱ و ۱۳) بوده که افزایش شدت اضطراب به میزان خفیف را نشان می دهد. همچنین داده‌های جدول ۲ میزان بهبودی کلی آزمودنی ها را در مرحله پس از درمان ۷۲/۵ درصد و در دوره پی گیری برابر ۵۷/۵ درصد نشان می دهد که براساس آن می توان استنباط کرد IPSRT در تلفیق با MI در پایان درمان از نظر بالینی تاثیر معنی داری داشته و میزان بهبودی در طبقه درمان موفق (بالاتر از ۵۰ درصد) قرار دارد.

در خصوص شاخص تغییر پایا وضعیت فرق می کند به طوری که مقدار این شاخص برای مورد مرد در مراحل مداخله و پی گیری به ترتیب برابر ۵/۰۵ و ۲/۹۵ بوده و از نظر آماری در سطح ۰/۰۵ معنی دار است اما مقدار شاخص تغییر پایا برای مورد زن در مراحل مداخله و پی گیری برابر ۱/۲۶ بوده و چون از مقدار بحرانی آن در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

سطح ۰/۰۵ یعنی ۱/۹۶ کوچک تر است لذا از نظر آمار تفاوت معنی داری بین نمرات مرحله خط پایه با مراحل مداخله و پی گیری مشاهده نمی شود.

داده های حاصل از اندازه اثر محاسبه شده نیز در مرحله مداخله برای مورد اول برابر ۱/۷۴ و مورد دوم برابر ۳/۰۳ و میانگین اندازه اثر برای هر دو مورد برابر ۲/۳۸ است که طبق طبقه بندی ارائه شده برای اندازه اثر در طرح های موردی، برای هر دو مورد زن و مرد یک اندازه اثر بزرگ محسوب می شود.

در نمودارهای ۳و ۴ روند تغییرات نمرات موردها در متغیر اضطراب به شکل تصویری نشان داده شده است. نمودارهای خطی ۳ و ۴ نشان می دهد سطح اضطراب در هر دو مورد اول و دوم در مرحله مداخله و پی گیری کمتر از مرحله خط پایه است.

جدول۱: روند تغییرات نمره ها در متغیر افسردگی

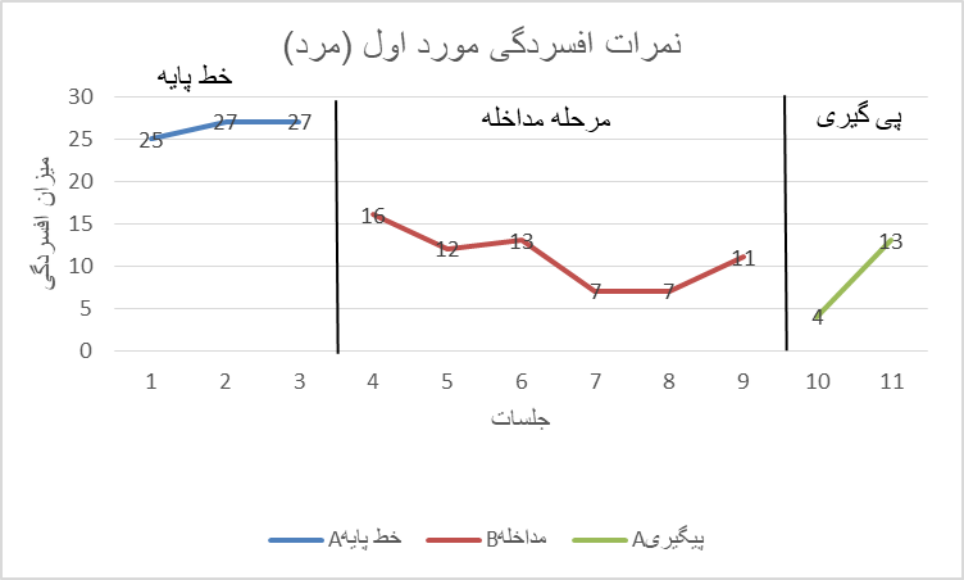
مراحل	مراحل ارزیابی	نفر اول(مرد)	نفر دوم(زن)
	اول	۲۵	۲۵
خط پایه	دوم	۲۷	۲۶
	سوم	۲۷	۲۸
	چهارم	-	۲۸
میانگین مرحله خط پایه		۲۶/۳۳	۲۶/۷۵
	پنجم	۱۶	۲۵
	ششم	۱۲	۲۳
	هفتم	۱۳	۲۱
مداخله	هشتم	۷	۱۷
	نهم	۷	۱۵
	دهم	۱۱	۱۴
میانگین مرحله درمان		۱۱/۰۰	۱۹/۱۶
درصد بهبودی پس از درمان		۵۹/۲۵	۵۰/۰۰
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۵۴/۶۲۵	
اندازه اثر		۳/۰۳	۲/۰۷
اندازه اثر کلی		۲/۵۵	
شاخص تغییر پایا		۲/۸۵	۲/۴۹
	یازدهم	۴	۱۱
پی گیری	دوازدهم	۱۳	۱۰
	سیزدهم	-	۱۱
میانگین مرحله پی گیری		۸/۵۰	۱۰/۶۶
درصد بهبودی مرحله پی گیری		۵۱/۸۵	۶۰/۷۰
درصد بهبودی کلی مرحله پی گیری		۵۶/۲۷	
اندازه اثر مرحله پی گیری		۴/۷۰	۱۳/۱۸
اندازه اثر کلی مرحله پی گیری		۸/۹۴	
شاخص تغییر پایا مرحله پی گیری		۲/۴۹	۳/۲۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

جدول ۲: روند تغییرات نمره ها در متغیر اضطراب

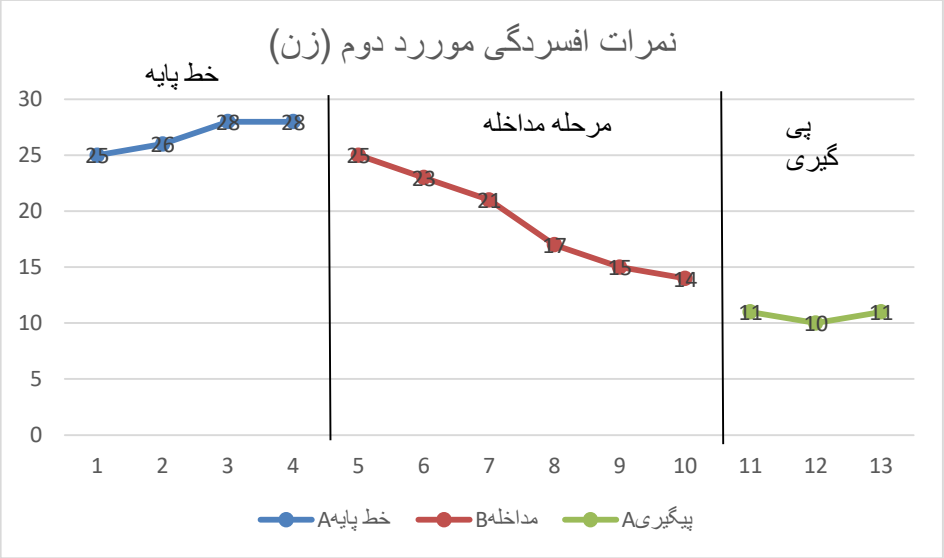
مراحل	تعداد مراحل ارزیابی	نفر اول (مرد)	نفر دوم (زن)
	اول	۲۶	۹
خط پایه	دوم	۳۱	۱۸
	سوم	۲۷	۱۱
	چهارم	-	۱۰
میانگین مرحله خط پایه		۲۸	۱۲
	پنجم	۳۰	۵
	ششم	۱۴	۴
	هفتم	۱۹	۴
مداخله	هشتم	۱۲	۴
	نهم	۱۰	۵
	دهم	۴	۴
میانگین مرحله درمان		۱۴/۸۳	۴/۳۳
درصد بهبودی پس از درمان		٪۸۵	٪۶۰
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۷۲/٪۵	
اندازه اثر		۱/۷۴	۳/۰۳
اندازه اثر کلی		۲/۳۸	
شاخص تغییر پایا		۵/۰۵	۱/۲۶
	یازدهم	۱۱	۲
پی گیری	دوازدهم	۱۳	۲
	سیزدهم	-	۴
میانگین مرحله پی گیری		۱۲	۲/۶۶
درصد بهبودی پی گیری		٪۵۵	٪۶۰
درصد بهبودی کلی پی گیری		۵۷/٪۵	
اندازه اثر پی گیری		۱۰/۲۵	۲/۸۸
اندازه اثر کلی		۶/۵۶	
شاخص تغییر پایا		۲/۹۵	۱/۲۶



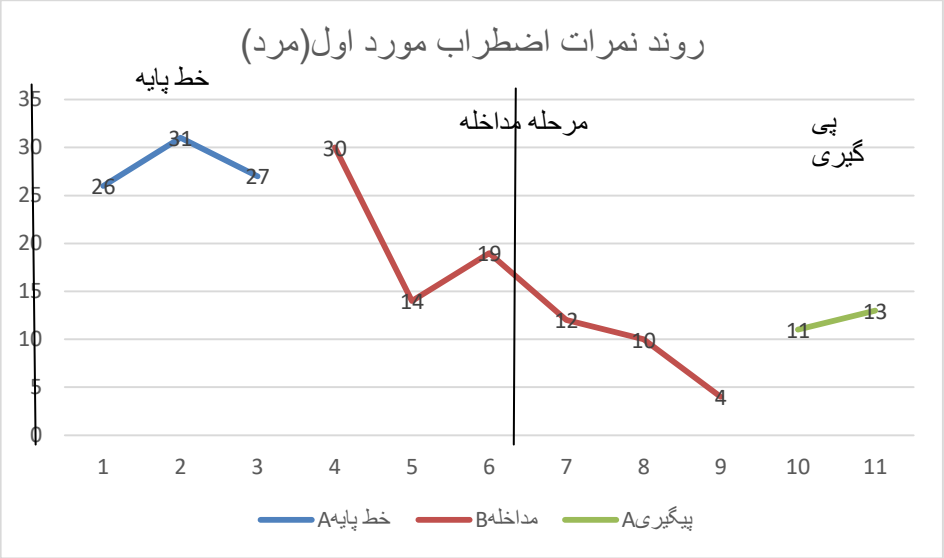
نمودار ۱: روند تغییرات نمرات افسردگی در مراحل خط پایه، مداخله و پی گیری مورد اول

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]



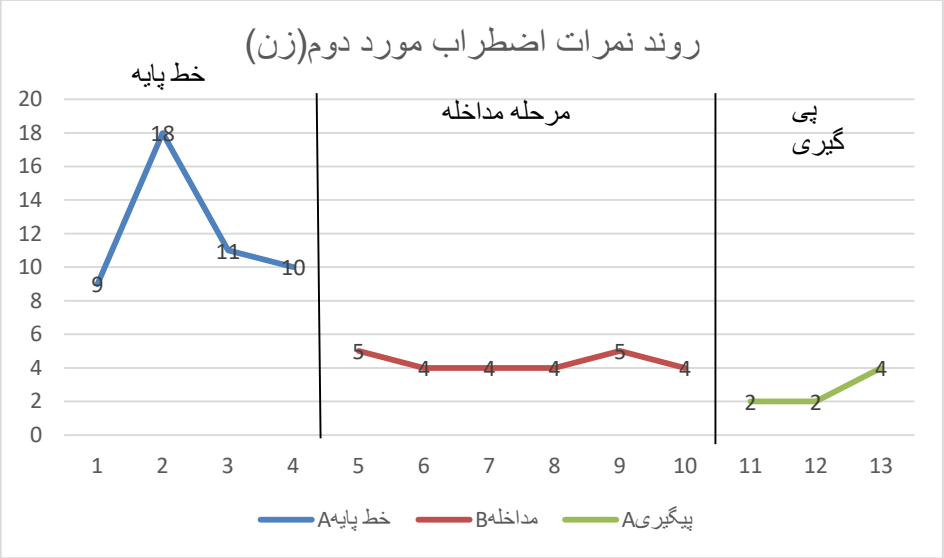
نمودار۲: روند تغییرات نمرات افسردگی در مراحل خط پایه، مداخله و پی گیری مورد دوم



شکل ۳: نمودار خطی روند تغییرات اضطراب در مراحل خط پایه، مداخله و پی گیری مورد اول

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]



شکل ۴: نمودار خطی روند تغییرات اضطراب در مراحل خط پایه، مداخله و پی گیری مورد دوم

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که IPSRT در تلفیق با MI بر کاهش MDD و اضطراب همراه آن موثر است. این نتایج با یافته های پژوهش کرو (Crowe) و همکاران که IPSRT را در کاهش نشانه ها و بهبود عملکرد افراد مبتلا به MDD موثر دانستند، همسو است[۸]. اگر چه تحقیق دیگری که تاثیر IPSRT بر MDD را ارزیابی کرده باشد در دسترس نیست. با این وجود، پژوهش های بسیاری وجود دارد که اثربخشی این درمان بر کاهش علائم افسردگی مبتلایان به اختلال دوقطبی را تایید کرده است؛ از آن جمله می توان به تحقیقات استیردو (Steardo) و همکاران که بهبود قابل توجهی را در علائم اضطراب، افسردگی، شیدایی، پاسخ به تثبیت کننده های خلق و عملکرد، پس از دریافت درمان IPSRT، نشان داد[۱۱]، همچنین پژوهش شاه محمدی و نیکنام که IPSRT را بر کاهش افسردگی و بی ثباتی هیجانی این بیماران موثر دانست[۱۲]، و نیز تحقیقات بسیاری که تاثیر این درمان را بر کاهش علائم فازهای شیدایی و افسردگی مبتلایان به اختلال دو قطبی تایید کرده اند[۱۰،۹،۳۱،۳۲]، اشاره نمود. چنانچه پیش تر گفته شد IPSRT یک درمان قانع کننده برای افراد مبتلا به اختلالات خلقی است که در آن به افراد کمک می شود برای بهبود خلق و خوی خود بر درک تاثیر و کار با ریتم های بیولوژیکی (مانند: زمان خواب، بیداری و مصرف دارو) و اجتماعی (مانند زمان صرف وعده های غذا، سرکار رفتن و ...) تمرکز کنند. ایده پشت این درمان این است که منظم بودن روال روزانه بیماران، به ویژه بیمارانی که اغلب چرخه خواب/بیداری، زمان غذا خوردن و زمان های استراحت در مقابل فعالیت نامظم دارند یعنی آنچه که در اکثریت افراد مبتلا به اختلالات خلقی وجود دارد، به عنوان مثال بیمار افسرده ای که بیش از اندازه می خوابد یا بیمار دوقطبی که بسیار کم می خوابد و این امر منجر به برهم خوردن سایر فعالیت ها و مناسبات اجتماعی و بین فردی او و در نتیجه شدت گرفتن علائم بیماری می گردد، IPSRT با منظم کردن این ریتم ها سبب پیشگیری از وخیم شدن شرایط و عود بیماری می گردد[۹]. لذا بدین منظور در این درمان تکنیک هایی برای بهبود پایبندی به دارو، مدیریت رویدادهای استرس زای زندگی و کاهش اختلالات در ریتم های زیستی و اجتماعی و مهارت هایی که به بیماران اجازه می دهد از خود در برابر توسعه جنبه های بیمارگون اختلال خود در حوزه های فردی، بین فردی و اجتماعی محافظت کنند، آموزش داده می شود[۹]. این امر موجب کاهش علائم و بهبود عملکرد می گردد[۱۲-۱۰]

نکته قابل توجه دیگر در درمان افراد مبتلا به MDD نرخ بالای همایندی مرضی این اختلال با اختلالات اضطرابی است به طوری که دست کم ۶۰ درصد افرادی که افسردگی دارند به یک اختلال اضطرابی نیز دچارند[۴]. با این وجود، چنانچه قبلا اشاره شد گاهی این اضطراب به حدی است که تنها به عنوان یک اسپسیفایر در کنار تشخیص اختلالات خلقی مطرح می شود نه به عنوان یک اختلال

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

مجزا[۵]. در پژوهش حاضر نیز علائم اضطرابی آزمودنی ها در حدی بود که مطابق با DSM-5 تشخیص MDD همراه با پریشانی اضطرابی را دریافت کردند. در مرحله خط پایه، سطح اضطراب آزمودنی مرد متوسط-شدید و آزمودنی زن خفیف ارزیابی شد. نتایج به دست آمده کاهش معناداری را در شدت اضطراب هر دو آزمودنی در پایان درمان نشان داد. این نتایج در مرحله پی گیری برای آزمودنی زن حفظ گردید ولی در آزمودنی مرد افزایش جزیی اضطراب در ماه اول و دوم پی گیری گزارش شد. آزمودنی مرد علت افزایش اضطرابش را به مشکلات اقتصادی و نداشتن حمابت خانواگی که منجر به بروز اختلال در تحصیل از جمله نداشتن شهریه برای ثبت نام ترم جدید که برای برطرف شدنش مجبور به قرض گرفتن پول از دوستان، و این نیز سبب بروز مشکلات بین فردی به دلیل ناتوانی در بازپرداخت به موقع بدهی و افزایش اضطراب او گردیده بود، مرتبط دانست. اگر چه تا کنون مطالعه ای در زمینه ارزیابی اثربحشی درمان IPSRT برکاهش اضطراب همراه با MDD و اختلالات اضطرابی انجام نشده است با اینحال، استیردو و همکاران در پژوهش خود اثربخشی IPSRT را در کاهش علائم افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تایید کرده اند[۱۱]. این امر می تواند به دلیل وجود عوامل سبب ساز مشترک بین اختلال های اضطرابی و MDD باشد. در این راستا مطالعات نیز موید این مطلب است که سبب شناسی اختلال GAD، استرس پس از سانحه ((Post-traumatic stress disorder (PTSD) و افسردگی با یکدیگر همپوشی دارد[۴]. به عنوان مثال وراثت پذیری و روان رنجورخویی برای هر دو اختلال GAD و MDD یک عامل خطربار نیرومند به شمار می آید. همچنین در MDD، GAD وPTSD گرایش به ناشادی و پریشانی به چشم می خورد. این عوامل سبب ساز مشترک، می توانند پاسخ گویی همزمان هر دو اختلال را به درمان یکسان توجیه کند[۳،۴،۶].

علاوه بر اینها مطابق با آنچه در قسمت های پیشین گذشت، اگر چه تا کنون اثربخشی تلفیق درمان IPSRT با MI در مقایسه با درمان IPSRT به تنهایی یر افسردگی و اضطراب ارزیابی نگردیده است اما تاریخچه مطالعاتی موجود نه تنها تاثیر MI بر کاهش افسردگی و اضطراب را تایید بلکه تلفیق آن را با سایر درمان های روانشناختی موثرتر از آن درمان به صورت مجزا، گزارش کرده است[۱۳]. در پاسخ به این سوال که چرا MI مورد نیاز است؟ باید اظهار داشت در حالی که درمان های موثری برای بسیاری از مشکلات سلامت روان ایجاد شده اند، مشارکت محدود بیمار و عدم انطباق آنها با تکالیف درمانی یکی از عوامل اصلی ایجاد مقاومت و محدود کننده اثربخشی درمان های موجود است[۱۴-۱۳]. به عنوان مثال در افسردگی علائم و خصوصیاتی مانند کمبود انگیزش، دودلی در مورد تغییر و تصمیم گیری دشوار، و در اختلالات اضطرابی تردبد و اجتناب بیمار هنگام مواجهه با محرک هایی که در او احساس ترس را بر می انگیزد، مانع حضور و ادامه درمان می شود[۴-۳]. از این رو MI با افزایش سطح انگیزه و خودکارآمدی امکان حضور در درمان و پذیرش تغییرات را افزایش می دهد [۱۴-۱۳]. مطالعات انجام شده نیز تایید کننده این مطلب است به طوری که در یک متاآنالیز که با هدف تحلیل تاثیر MI بر متغیرهای متابولیکی و روانی اجتماعی در افراد مبتلا به دیابت در چهار پایگاه داده بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ انجام شد، MI علاوه بر تاثیرات مثبت متابولیکی، کاهش علائم افسردگی، کاهش پریشانی عاطفی و افزایش خود کارآمدی افراد مورد مطالعه را در پی داشت[۱۷]. همچنین مصاحبه تقویت شده با MI برای تسهیل ورود به درمان در میان افرادی که بعید است به دنبال مراقبت برای مشکلات سلامت روان بروند نرخ بالای ورود و تکمیل درمان را در میان مادران کودکان مبتلا به بیماری روان پزشکی که نیاز به درمان افسردگی دارند و نیز زنان باردار افسرده و از نظر اقتصادی محروم در مقایسه با درمان معمول نشان داد[۱۳]. شواهد تحقیقاتی رو به رشدی نیز وجود دارد که نشان می دهد MI به عنوان یک درمان کمکی به منظور افزایش نتایج درمانی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مفید است[۱۴-۱۳]؛ به طوری که تلفیق MI با درمان شناختی رفتاری توانسته بیماران را در کنار آمدن با تردیدها و مواجهه با شرایط اضطراب برانگیز و پیشگیری از پاسخ های ناکارآمد یاری دهد [۲۰-۱۹] همچنین تلفیق آن با درمان شناختی رفتاری در کاهش شدت و نشانه های اختلال MDD تحت بالینی و بالینی [۱۹] و اختلالات اضطرابی[۲۰] موثرتر از درمان شناختی رفتاری به تنهایی، بوده است.

در نهایت براساس نتایج پژوهش حاضر و پیشینه موجود می توان اظهار داشت که IPSRT در تلفیق با MI در کاهش علائم MDD همراه با پریشانی اضطرابی می تواند موثر واقع شود. با این وجود نتایج دوره پی گیری (یک، دو و سه ماهه) نشان دهنده ثبات بیشتر این درمان در مورد کاهش علائم افسردگی است تا اضطراب همراه آن، که می توان علت آن را واکنش سریع تر علائم اضطرابی نسبت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

به تغییرات محیطی دانست. به عنوان مثال شرایط پیش بینی ناپذیر و بی ثبات اقتصادی ابتدا منجر به بروز نگرانی هایی نسبت به آینده می گردد (افزایش اضطراب) و اگر فرد نتواند برای مدت طولانی برای مرتفع ساختن این نگرانی ها کاری بکند منجر به بروز ناامیدی و احساس درماندگی (افزایش افسردگی) خواهد شد[۴،۶]. این نکته را نیز نباید از نظر دور داشت که آزمودنی های شرکت کننده در این پژوهش علاوه بر مشکل بینایی در شرایط نامساعد اقتصادی و خانوادگی (آزمودنی مرد) نیز به سر می برند و با وجود چنین شرایطی بعد از درمان در هر دو متغیر افسردگی و اضطراب به سطح معناداری از بهبودی بالینی رسیدند. لذا این نتایج در افرادی با سلامت جسمانی کامل و شرایط مساعد محیطی از جمله داشتن حمایت خانوادگی و اوضاع اقتصادی مناسب، می تواند نتایج مطلوب تر و با دوام تری را به همراه داشته باشد.

لازم به ذکر است مانند سایر پژوهش ها، مطالعه حاضر نیز دارای محدودیت هایی می باشد که از آن جمله می توان به این موارد اشاره کرد: اجرای پژوهش در قالب طرح شبه آزمایشی تک آزمودنی که به موجب آن نمی توان نتایج را تعمیم داد، عدم امکان پی گیری ماه سوم در مورد آزمودنی مرد به دلیل عدم همکاری ایشان در ارسال پرسش نامه ها. مشارکت نکردن و عدم حمایت خانواده آزمودنی مرد با وجود داشتن مشکلات فراوان در حوزه روابط بین فردی، برگزاری غیرحضوری جلسات درمان به دلیل مشکل بینایی آزمودنی ها، همزمان شدن برخی از عوامل مداخله گر محیطی و اجتماعی تاثیرگذار و غیرقابل کنترل که حین اجرای پژوهش در کشور رخ داد که علاوه بر ایجاد پریشانی های عاطفی در آزمودنی ها، به دلیل بروز مشکلات اینترنت امکان برگزاری جلسات به صورت تصویری را غیرممکن و به موجب آن کلیه جلسات به صورت مکالمات تلفنی برگزار گردید؛ این امر منحصر شدن دریافت های درمانگر به کلام صرف و عدم مشاهذه زبان بدن مراجعین که داده های ارزشمندی در راستای درمان است را در پی داشت. لذا با توجه به محدودیت های اشاره شده پیشنهاد می شود در آینده پژوهش هایی با نمونه های بزرگ تر و دوره های پی گیری طولانی تر، اثربخشی IPSRT را در تلفیق با MI و بدون MI بر کاهش علائم اختلالات افسردگی و اضطرابی در قالب جلسات حضوری و غیر حضوری بررسی و به مقایسه اشکال مختلف آن بپردازند.

سهم نویسندگان

زهرا غلامی: نویسنده اصلی، مجری و نگارنده مقاله

شهرام وزیری: نظارت بر اجرای طرح، راهنمایی و همکاری در نگارش مقاله

فرح لطفی کاشانی: نظارت بر اجرای طرح، مشاوره و همکاری در نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله استخراج شده از بخشی از رساله ی دکتری تخصصی با عنوان "اثربخشی IPSRT در تلفیق با MI بر کاهش علائم MDD توام با پریشانی اضطرابی" ، مصوب دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. بدین وسیله از سرکار خانم رفوگران کارشناس مسئول امور دانشجویان بهزیستی مشهد که در فرایند نمونه گیری همکاری لازم را با پژوهش گر داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

1. World Health Organization, (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders, accessed 2 March 2022)

2. Santomauro DF, Whiteford HA, Ferrari AJ. Depression and anxiety during COVID-19 – Authors' reply. The Lancet 2022; 399: 518-519

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5thEdition, Translated by Farzin Rezaee, Ali Fakhraee, Atoosa Farmand, Ali Niloufari, Janet Hashemi Azar, Farshad Shamloo: Tehran, 2013 [Persian]

4. Davison G, Neale J, King AM, Johnson SL. Abnormal psychology(Vol. 2). 12th Edition, Translated by Mehdi Dehestani: Tehran, 2014 [Persian]

5. Ganji M. Essentials of DSM-5 changes. 1st Edition, Savalan: Tehran, 2014 [Persian]

6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry (Vol. 1). 1th Edition, Translated by Farzin Rezaee: Tehran, 2015 [Persian]

7. Besharat MA. Historical developments of major depressive disorder: Narrative review article. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal 2023; 12: 37-50 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

8. Crowe M, Inder M, Douglas K, Carlyle D,Wells H, Jordan J, et al. Interpersonal and social rhythm therapy for patients with major depressive disorder. The American Journal of Psychotherapy 2020; 73: 29-34
9. Frank E, Swartz HA, Boland E. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. Journal of Clinical Neuroscience 2007; 9: 325-32
10. Hlastala SA, Kotler JS, McClellan JM, McCauley EA. Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. Depress Anxiety 2010; 27: 457-464
11.Steardo L, Luciano M, Sampogna,G, Zinno F, Saviano P, Staltari F, et al. Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy(IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. Psychiatry 2020; 19:15-28
12. Shahmohammadi H, Niknam M. Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) on depression and emotional instability in patients with bipolar disorder type 1 treated with medication. International Journal of Psychology 2021; 15: In press [Persian]
13. Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. 2thEdition, Translated by Reza Zamani: Tehran, 2017 [Persian]
14. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. Clinical Psychology Review 2015; 38: 1-12
15 Alidoust Ghahfarokhi F, Kiyan Ersi F. Effectiveness of motivational interviewing on depression and hope on dialysis patients in Hajar hospital of shahrekord. Journal of shahrekord university of Medical Sciences 2013; 4: 85-94 [Persian]
16. Dashti Dehkordi A, Yousefi H, Maghsoudi J, Etemadifar M. The effects of motivational interviews on depression of patients with multiple sclerosis disease. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2016; 4: 29-35 [Persian]
17. Bilgin A, Muz G, Erdogan Yuce G. The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes : Systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling 2022; 105: 2806-2823
18. Lawrence P, Fulbrook P, Samerset S, Schulz P. Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. Psychiatric and Mental Health Nursing 2017; 24: 699-718
19. Riper H, Andersson G, Hunter SB, Berking J, Berking M, Cuijpers P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive – behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. Addiction 2014; 109: 394-406
20. Randall CL, McNeil DW. Motivational interviewing as an Adjunct to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A critical review of the literature. Cognitive and Behavioral Practice 2017; 24: 296-311
21. Lane JD, Gast DL. Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. Neuropsychological Rehabilitation 2014; 24: 445-463
22. Weissman M, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy depression. 1st Edition, Translated by Mehdi Soleymani, Shima Tamannaiefar: Tehran, 2011[Persian]
23. Azarsa N. It is forbidden to always please others with kindness. 1st Edition, Nazanin Azarsa: Tehran, 2022 [Persian]
24. Ghapman G. The 5 love languages: The secret to love that lasts paperback. 1st Edition, Translated by Mohammad Yousefi: Tehran, 2015 [Persian]
25. Marnat GG.Handbook of psychological assessment(Vol 2), Translated by Hasan Pasha Sharifi, Mohammad Reza Nikkhoo: Tehran 2003 [Persian]
26. Dabson K, Mohammadkhani P. Research on beck depression questionnaire-II in a large sample of those afflicted with major depression. Journal of Rehabilitation of Mental and Illnesses Disorders 2007; 29: 82-8 [Persian]
27. Kaviyani H, Mousavi A. Psychometric properties of persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Journal of Tehran University of Medical Sciences 2008; 2: 136-40 [Persian]
28. Poursaleh A, Hamid N, Davodi I. The effectiveness of Compassion Mind Training (CMT) on social anxiety Symptoms & psychological capitals among female students with social anxiety disorder of Shahid Chamran University of Ahvaz. Thought & Behavior in Clinical Psychology 2020; 15: 83-94 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]

29. Ferguson CJ. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. Professional Psychology: Research and Practice 2009; 40: 532–538
30. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Chemical Psychology 1992; 59: 12-19
31. Astrid A, Hoberg DNP, Pamela J, Mark A. Group interpersonal and social rhythm therapy for bipolar depression. Psychiatric Care 2013; 49: 226-234

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/payesh.23.2.289]