

مقایسه اثربخشی برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند گروهی با دارودرمانی در کاهش علائم اختلال افسرده‌خویی

فرانک رزاقیان^۱، ایمان اله بیگدلی^۲

تاریخ وصول: ۹۳/۱۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۴/۸

چکیده

افسردگی از مهم‌ترین انواع اختلالات خلقی به شمار رفته و به‌عنوان اولین عامل ناتوان‌کننده جامعه‌ی بشری مطرح گردد که میزان وقوع بالا و ماهیت پیچیده آن به‌کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. با توجه به این‌که غالباً در درمان افسردگی از دارودرمانی صرف استفاده می‌شود، لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند گروهی (SMC) در اختلال افسرده‌خویی و مقایسه آن با دارودرمانی پرداخته است. این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. نمونه این پژوهش تجربی شامل ۳۰ بیمار زن افسرده‌خو بودند که با استفاده از روش در دسترس از میان بیماران افسرده مراجعه‌کننده طی ۹ ماه در سال ۱۳۹۰ به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی به سه گروه (هر گروه ۱۰ نفر) یک گروه آزمایش تحت درمان برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند همراه با دارودرمانی و یک گروه تحت درمان دارودرمانی صرف و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش دو پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه اهداف و علایق فردی (PCI) بودند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده نشان از اثربخش‌تر بودن آموزش برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند گروهی همراه دارودرمانی نسبت به دارودرمانی صرف بوده است و همچنین دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش بیشتری را در علائم افسردگی نشان داد. بر طبق نتایج این پژوهش روش درمانی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان (نویسنده مسئول). faranakrazaghiane@yahoo.com

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران. ibigdeli@um.ac.ir

مشاوره نظام‌مند و دارودرمانی در درمان افراد مبتلا به افسرده‌خویی مؤثرتر از دارودرمانی صرف در درمان بیماران افسرده‌خو هست.

واژگان کلیدی: اختلال افسرده‌خویی، مشاوره انگیزشی نظام‌مند، ساختار انگیزشی،

دارودرمانی

مقدمه

امروزه موج فزاینده افسردگی، پایین آمدن سن خودکشی و بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی دیگر، واقعیت‌های انکارناپذیری هستند که نشان می‌دهد افسردگی بر جوامع بشری سایه افکنده است. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که در سال ۲۰۲۰ افسردگی به‌عنوان اولین عامل ناتوان‌کننده جامعه‌ی بشری مطرح گردد. اختلال افسردگی از مهم‌ترین انواع اختلالات خلقی به شمار رفته و میزان وقوع آن در طول عمر ۱۵ درصد است که میزان آن ممکن است در زنان به ۲۵ درصد نیز برسد (ترودی و کار، ۲۰۱۱). حدود ۲۰ درصد افرادی که یک دوره‌ی افسردگی اساسی را می‌گذرانند نهایتاً تشخیص افسردگی مزمن را دریافت می‌کنند. در اکثر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی محدود است. دوره‌های درمان‌نشده معمولاً پس از ۳-۶ ماه از بین می‌روند، اما احتمال عود زیاد است و حدود ۱۵-۲۰ درصد بیماران سیر مزمنی را طی می‌کنند که به این بیماری، اختلال افسرده‌خویی گفته می‌شود. به همین دلیل، هدف درمان نه‌تنها باید تسریع در بهبود دوره فعلی باشد، بلکه ایجاد تداوم در بهبود و در صورت امکان، کاستن از احتمال برگشت بیماری باشد. این توجه باعث شده است که درمان‌های روان‌شناختی مخصوصی پدید آید، درمان‌هایی که در طی آن‌ها مهارت‌های فعال کنترل افسردگی، به بیماران یاد داده می‌شود (گاتلیب و هرمن، ۲۰۱۲). در صورت عدم تشخیص به‌موقع، پیامدهای فراگیر ابتلا به آن در حوزه رضایت شخصی از زندگی، روابط بین فردی، زندگی زناشویی، انجام وظایف شغلی و اجتماعی و سیر مزمن اختلال نیاز به رویکردهای درمانی جدید هست.

-
1. Trivedi & Kar
 2. Gotlib & Hammen

استفاده از درمان‌های روانی شاید به قدمت خود علم طبابت است. بیشتر از یک قرن است که مراجعین برای طرح مسائل، مشکلات، نقایص و کمبودهای خود به روان‌درمانگران مراجعه می‌کنند. با توجه به این نکته که بحث و بررسی در این موارد، می‌تواند درمان‌کننده باشد. روان‌درمانی، با تأکید بر نقایص و کمبودها گام بلند و بزرگی برداشته است (راشید^۱، ۲۰۰۹). در حال حاضر، رفتاردرمانی شناختی به‌عنوان درمان انتخابی برای اختلال افسردگی به کار می‌رود. هرچند که پژوهش‌های مختلفی از اثربخشی این رویکرد درمانی حمایت می‌کنند اما بازم با میزان بالای عود نشانه‌های افسردگی مواجه هستیم (چو^۲، ۲۰۰۶؛ بارون^۳، ۲۰۰۷). امروزه نیاز به‌نوعی از روان‌درمانی که جامعیت داشته باشد، به‌گونه‌ای که هم ضعف‌ها و هم توانمندی‌های مراجعین را مورد توجه و بررسی قرار دهد و هم به دلیل محدودیت‌های زمانی و مالی، کوتاه‌مدت‌تر و اثربخش‌تر باشد، به شدت احساس می‌شود. اگرچه در درمان اختلال‌های افسردگی تأکید بر آسیب‌شناسی روانی تا حد زیادی خلاصی از علائم را باعث شده است، اما بیشتر بیمارانی که به این درمان‌ها معرفی می‌شوند، سودمندی بادوام اندکی را دریافت می‌کنند و این درمان‌ها لزوماً باعث افزایش علاقه و انگیزه نگردیده است، موضوعی که هنوز هم در فرآیند درمان اختلال‌های افسردگی نادیده گرفته می‌شود. عقیده بر این است که بیشتر مشکلات روان‌شناختی از اختلال در انگیزش منشأ می‌گیرد، یعنی روش‌های ناکارآمدی که افراد بر اساس آن اهداف خود را تعقیب می‌کنند و همچنین این عقیده وجود دارد که تعقیب اهداف مناسب برای رسیدن به سلامت روان‌شناختی از اهمیت خاصی برخوردار است (ککس و کلینگر^۴، ۲۰۰۴). سازه «هدف» در بسیاری از نظریه‌های روانشناسی، نظریه کنترل، یادگیری اجتماعی - شناختی، نظریه تعیین هدف به‌عنوان یک عنصر اساسی مطرح است و به درک این موضوع که چرا مردم در انتخاب‌هایشان یا شدت رفتارهایشان با یکدیگر متفاوت هستند کمک زیادی می‌کند (گارتلنر، هنسن، مورگان و همکاران^۵، ۲۰۱۱).

-
1. Rashid
 2. Chew
 3. Barron
 4. Cox & Klinger
 5. Gartlehner, Hansen, Morgan & et al

در سال‌های اخیر، شیوه درمانی تقویت انگیزشی مورد توجه زیادی در حوزه پژوهشی بوده است. درمان‌های انگیزشی با افزایش رضایت‌مندی مراجع با به کارگیری مهارت‌هایی که از قبل دارد، سروکار دارد. درمان مشاوره انگیزشی نظام‌مند توسط ککس و کلینگر در سال ۱۹۹۵ ارائه شد این درمان که مبتنی بر نظریه دغدغه‌های جاری^۱ است، بر این هدف استوار است که به ماهیت اهداف درمان‌جویان می‌پردازد و به آن‌ها کمک کند تا فرصت‌های خود برای دستیابی به اهدافشان را افزایش دهند و در جهت اصلاح ساختار انگیزشی، پیگیری مشوق‌ها و انگیزه‌های سالم و مثبت و اجتناب از انگیزه‌های منفی، انتخاب اهداف برای دستیابی یا جذب این انگیزه‌ها و همچنین ایجاد منابع و فعالیت‌های لذت‌بخش جایگزین برای ایجاد ساختار انگیزشی انطباقی، کاهش استرس و افزایش شادی و در نهایت کسب رضایتمندی عاطفی، تلاش کنند. در این نظریه اهداف نقش کلیدی ایفا می‌کنند و انجام هر کاری در زندگی مستلزم تعقیب یک هدف است (ککس و همکاران، ۲۰۰۳). بر اساس این نظریه رفتار، تجربه و فعالیت شناختی انسان با محوریت تعقیب مشوق‌ها و اهداف سازمان می‌یابند و این نظریه مبتنی بر اصلاح ساختار انگیزشی است (هیلمن، پیترز، کوهه و همکاران^۲، ۲۰۱۱). به‌طور کلی، الگوی شناختی و رفتاری خاص هر فرد در پیگیری اهدافش، ساختار انگیزشی نامیده می‌شود. به اعتقاد ککس این ساختار می‌تواند انطباقی یا غیر انطباقی باشد. ساختار انگیزش انطباقی در دو جنبه از ساختار انگیزشی غیر انطباقی متمایز است (به نقل از استین، لیبو و کولبی^۳، ۲۰۱۱). (الف) نوع مشوق‌های انتخاب‌شده برای تعقیب و (ب) شیوه تعقیب مشوق‌ها. افرادی که دارای ساختار انگیزشی غیر انطباقی‌اند، بیشتر دارای اهداف اجتنابی هستند، تعهد کمتری به اهدافشان دارند و معتقدند که روی اهدافشان کنترل کمتری دارند.

ساختار انگیزشی غیر انطباقی احتمال دستیابی فرد به اهداف موردنظرشان را کاهش داده و از لحاظ هیجانی نیز باعث از بین رفتن احساس رضایت‌مندی از زندگی می‌شود. افرادی که ساختار انگیزشی آن‌ها ناسازگارانه است درصدد هیجان خود را از طریق

1. Current Concerns
2. Heilemann, Pieters, Kehoe & et al
3. Stein, Lebeau, Colby & et al

ناسالم برانگیزانند و لذا دچار آشفتگی و اختلال می‌شوند. این افراد دارای این ویژگی‌ها هستند: (الف) حداقل مشوق‌های مثبت. (ب) انگیزش اجتنابی. (ج) حداقل امیدواری برای دست‌یابی به هدف. (د) حداقل خرسندی از رسیدن به هدف یا حداقل ناراحتی از نرسیدن به هدف. (و) احساس فاصله زمانی از هدف. (ز) حداقل تعهد نسبت به اهداف. (ح) احساس کنترل پایین نسبت به هدف. هدف اصلی نظریه انگیزشی نظام‌مند بر درک، ارزیابی و مداخله در ساختار انگیزشی مراجع استوار است. بنابراین، در این رویکرد فرض بر این است که با بررسی ساختار انگیزشی افراد مبتلا به افسردگی و اصلاح ساختار انگیزشی آن‌ها می‌توان سیستم هدف‌گذاری را به‌طور عام و موفقیت آن‌ها در دست‌یابی به اهداف زندگی از جمله هدف بهبود زندگی و دوری از احساس درماندگی و برنامه‌ریزی بهتر برای دست‌یابی به هدف‌های زندگی به‌طور خاص افزایش داد؛ به عبارت دیگر رویکرد کلی در مشاوره انگیزشی نظام‌مند بر این تفکر استوار است که هر نوع مداخله‌ی روان‌شناختی اگر بخواهد موفق شود باید به مجموع اهداف فرد در زندگی توجه داشته باشد و همچنین شیوه‌هایی که مراجع اهداف را انتخاب و به آن‌ها وابسته می‌شود را بررسی نماید (استیونس، هایس و پاکالنیس^۱، ۲۰۱۳) و به اعتقاد مک براید، زاروف، راویتز و همکاران^۲ (۲۰۱۰) این ساختار می‌تواند سازگارانه یا ناسازگارانه باشد و هدف اصلی مشاوره انگیزشی نظام‌مند نیز بر درک، ارزیابی و مداخله در ساختار انگیزشی مراجع استوار است. بر اساس این نظریه، مردم زندگی‌شان را بر اساس تعقیب و لذت بردن از مشوق‌ها^۳ سازمان می‌دهند.

مشوق‌ها اشیاء یا وقایعی هستند که مردم دوست دارند آن‌ها را به دست آورند و یا انجام دهند به این دلیل که آن‌ها انتظار دارند آن وقایع موجب افزایش عواطف مثبت در آن‌ها می‌گردد و یا دوست دارند از آن‌ها اجتناب کنند به این دلیل که انتظار دارند آن وقایع موجب ایجاد عواطف منفی در آن‌ها می‌گردد؛ بنابراین تغییرات عاطفی مفهوم محوری این نظریه است. آن همان چیزی است که مردم برای دست‌یابی به آن برانگیخته می‌شوند.

-
1. Stevens, Hayes & Pakalnis
 2. McBride, Zurroff, Ravitz & et al
 3. Incentives

یافته‌های حاصل از پژوهش کورمن، باولاس و جانگک^۱ (۲۰۱۳) نشان داد که مشاوره انگیزشی نظام‌مند در کاهش علائم افسردگی تأثیر معناداری داشته است و در همین راستا بالان، مویرز و لویس فرناندز (۲۰۱۳) نیز بیان نمودند که مشاوره انگیزشی نظام‌مند در تلفیق با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی صرف در درمان افسردگی تأثیر معناداری داشته است. همچنین وولف، هالزل، وستفال و همکاران^۲ (۲۰۱۳) نیز بیان نمودند که دارودرمانی و مصرف داروهای ضدافسردگی در کاهش علائم بیماری افسرده‌خویی و بالا رفتن خلق این بیماران تأثیر معناداری دارد. در این پژوهش نتایج حاکی از آن بود که بیماران افسرده‌خویی که از داروهای ضدافسردگی استفاده کرده بودند در مقایسه با بیمارانی که تنها دارونما مصرف کرده بودند، کاهش علائم معناداری را گزارش نمودند.

در همین راستا نتایج پژوهش کوجپرز، سیراندیج، کول و همکاران^۳ (۲۰۱۳) نیز حاکی از آن بود که در درمان خلق افسرده استفاده همزمان از دارودرمانی به همراه درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با درمان افسردگی از قبیل درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارودرمانی صرف و استفاده از دارونما می‌تواند میزان بهبودی بیمار و کاهش احتمال عود را افزایش دهد. در مطالعه بلایس، مالون، استین و همکاران^۴ (۲۰۱۳) نیز اثربخشی بالاتر درمان‌های ترکیبی دارویی و روان‌شناختی در مقایسه با دارودرمانی صرف و درمان روان‌شناختی به تنهایی در مورد بیماران مبتلا به افسردگی مورد تأیید قرار گرفت.

با توجه به مطالب ذکرشده در خصوص مؤثر بودن مداخلات ساختار انگیزشی بر افزایش سطح بینش مراجعان در مورد اهداف زندگی و تشخیص اهداف، بهبود روش‌های دستیابی به اهداف و رها کردن اهداف نامناسب، تعیین اهداف مناسب و واقع‌بینانه، انتخاب اهداف متناسب با توانمندی‌های مراجعین، افزایش توانایی در رسیدن به هدف، به حداقل رساندن تعارض بین اهداف، افزایش انگیزه در دستیابی به اهداف، شناسایی مشوق‌های جدید، بررسی مجدد عزت‌نفس، افزایش عزت‌نفس مراجعان، تغییر ساختار انگیزشی

-
1. Korman, Bavelas & Jong
 2. Wolff, Holzel & Westphal
 3. Cuijpers, Sibrandij & Koole
 4. Blais, Malone & Stein

مراجعه‌کنندگان، تغییر شیوه زندگی از اجتنابی به اشتیاقی، توجه به جنبه‌های مثبت پدیده‌ها و در نهایت داشتن احساس خوب در زندگی و اهداف رضایت‌بخش و پیشرفت در جهت دستیابی به آن‌ها، پژوهش حاضر در پی پاسخی برای این سؤال است که آیا مشاوره انگیزشی می‌تواند به‌عنوان یک شیوه درمانی در درمان اختلال افسرده‌خویی تأثیر داشته باشد و باعث کاهش علائم افسردگی شود؟ و آیا این شیوه درمانی در مقایسه با دارودرمانی صرف از اثربخشی بیشتری برخوردار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد طی ۹ ماه در سال ۹۰ بودند که پس از پذیرش و ارزیابی‌های بالینی برچسب افسرده‌خویی دریافت نموده بودند. به‌منظور اجرای طرح پژوهشی، پس از جلب همکاری کلینیک دانشگاه فردوسی مشهد، از بین افراد مراجعه‌کننده، به کسانی که با نظر روانشناس بالینی و روان‌پزشک بر اساس فرم مصاحبه بالینی ساخت‌دار^۱ (SCID) برای چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص افسرده‌خویی دریافت نمودند آزمون افسردگی بک و پرسشنامه اهداف و علایق فردی (PCI)^۲ ارائه شد. از بین این افراد مراجعه‌کننده به کلینیک که تشخیص بالینی افسرده‌خویی را گرفته بودند به‌صورت تصادفی تعداد ۳۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش شامل نداشتن مشکل دیگری به‌جز افسرده‌خویی و این که از نظر سطح بهبودی در دوره‌ی بهبودی نسبی باشند را دارا بودند، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی رایج‌ترین ابزار ارزیابی است که برای شناختن درمان‌جو و ماهیت مشکلات فعلی او و تشخیص آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در موقعیت‌های

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV
2. Personal Concerns Inventory

بالینی و تشخیصی از مصاحبه‌های ساخت‌دار استفاده می‌شود. مصاحبه‌ای که هدفش دست یافتن به تشخیص بر مبنای چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان، بیماران را بر اساس ملاک‌های چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ارزیابی می‌کنند. برای این منظور از مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌دار استفاده می‌کنند. این مصاحبه‌ها شامل یک‌رشته سؤالات استاندارد و بررسی‌های بعدی است که زنجیره و ترتیب مشخصی دارند. استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌دار، ضمانتی است برای این که از بیماران سؤالات مشابهی پرسیده شود. به این ترتیب، احتمال این که دو متخصص یک بیمار را ارزیابی کنند و به تشخیص واحدی برسند، بسیار زیاد است. مصاحبه‌های ساخت‌دار برای کمک به متخصصان بالینی و پژوهشگران ترتیب یافته‌اند تا بتوانند درمان‌جویان را به دقت تشخیص دهند. هدف آن‌ها مشخص کردن این موضوع است که آیا مصاحبه‌شونده (بیمار) به اختلال خاصی (در اینجا افسرده‌خویی) مبتلا است یا خیر؟ یک نمونه رایج مصاحبه ساخت‌دار، مصاحبه بالینی ساخت‌دار (SCIDI) بر اساس چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۱ (۱۹۹۷) تدوین شده است (هالگین و ویتبورن^۲، ۱۳۸۴).

پرسشنامه افسردگی بک^۳: در این پژوهش از پرسشنامه افسردگی بک (نسخه دوم) برای ارزیابی شدت افسردگی استفاده شد. این پرسشنامه، یک آزمون بسیار متداول برای اندازه‌گیری شدت افسردگی است که بر اساس مشاهدات بالینی از بیماران روان‌پزشکی افسرده و غیر افسرده تهیه شده است. نگرش‌ها و نشانه‌های همخوان با افسردگی در ۲۱ ماده بیان شده است و از بیمار خواسته می‌شود که میزان شدت هر توصیف در هر ماده را بر اساس یک مقیاس ترتیبی از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) با جمع بستن درجه‌بندی‌ها نمره‌گذاری می‌شود. از نمرات برش برای طبقه‌بندی بیماران بر اساس شدت افسردگی آن‌ها، استفاده می‌شود. پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش

1. First, Spitzer, Gibbon & Williams
2. Halgin & Whitbourne
3. Beck Depression Inventory (BDI-II)

دوم) عمدتاً بر اساس ویرایش اول پرسشنامه بک تهیه شده است که ضریب باز آزمایی آن برای بیماران روان‌پزشکی ($r=0/86$) و برای بیماران غیر روان‌پزشکی ($r=0/81$) مناسب، گزارش شده است، همچنین از روایی بالای محتوایی، همزمان و افتراقی در نمونه بالینی و غیر بالینی برخوردار است (بک، استیر و گاربین^۱، ۱۹۸۸).

پرسشنامه اهداف و علایق فردی (PCI): این پرسشنامه فرم خلاصه شده پرسشنامه‌ی سبک انگیزشی^۲ (MSQ) است. در PCI از افراد خواسته می‌شود تا درباره‌ی مهم‌ترین اهدافشان در هر یک از حیطه‌های زندگی فکر کنند و سپس نظراتشان را درباره چگونگی رسیدن به اهدافشان در ۱۱ بعد نمره‌گذاری کنند. حیطه‌های زندگی در پرسشنامه (PCI) شامل ۱۱ حیطه است که با توجه به این که این حیطه‌ها، حیطه‌های مشترک زندگی بسیاری از افراد هستند لذا به‌عنوان مهم‌ترین حیطه‌ها انتخاب شده‌اند (ککس و کلینگر، ۲۰۰۲). تکمیل PCI در سه مرحله انجام می‌گیرد در مرحله اول از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود مهم‌ترین دغدغه‌ی خود را در هر یک از حیطه‌های زندگی در محل خاص آن در پرسشنامه به‌طور مختصر بنویسند. در مرحله دوم از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود توضیح دهند برای حل دغدغه چه کاری مایل هستند انجام دهند یا چه اقدامی می‌خواهند انجام دهند و نهایتاً در مرحله سوم از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا هر یک از اهداف را در یازده بعد درجه‌بندی نمایند. آزمودنی‌ها می‌بایست درجه‌بندی را بر اساس مقیاسی از صفر تا ده انجام دهند. در این مقیاس صفر به معنی حداقل میزان و ده به معنی حداکثر میزان است. پس از آن که پرسشنامه تکمیل گردید می‌توان نیم‌رخ انگیزشی مراجع را برای هر هدف یا حیطه از زندگی و یا برای کل اهداف تهیه کرد (ککس و کلینگر و بلونت^۳، ۱۹۹۹). شواهد نشان‌دهنده‌ی آن است که PCI از روایی و اعتبار مناسب برخوردار است.

کوکس و کلینگر ثبات درونی ۱۱ مقیاس PCI با روش آلفای کرونباخ را بر روی نمونه‌ای متشکل از ۱۸۲ دانشجو محاسبه کردند. نتیجه نشان‌دهنده‌ی آلفای ۰/۸۱ بود (ککس و کلینگر، ۲۰۰۲). کوکس، ثبات درونی مقیاس‌های PCI را با روش آلفای

-
1. Beck, Steer & Garbin
 2. Motivational Structure Questionnaire
 3. Cox, Klinger & Blount

کرونباخ بر روی دو نمونه از دانشجویان عادی و آلفای ۰/۷۵ برای دانشجویان الکلی بود (کوکس، هوگان، کریستین و ریس^۱، ۲۰۰۲). سلیمانان ثابت درونی مقیاس‌های PCI با روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه‌ای متشکل از ۱۵۸ آزمودنی محاسبه کرد که نتیجه، آلفای ۰/۷۳ را نشان داد (سلیمانان، ۱۳۸۴).

فرایند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر مراجعینی که بر اساس ملاک‌های چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، از طریق مصاحبه‌های بالینی ساخت دار (SCIDI) توسط روانشناس بالینی و روان‌پزشک تشخیص اختلال افسرده‌خوبی دریافت کرده بودند، وارد پژوهش شدند و از طریق واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. پس از آن آزمون ساختار انگیزشی (PCI) و آزمون افسردگی بک (BDI) در هر سه گروه اجرا شد. در گروه کنترل بیماران هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند، اما در دو گروه آزمایش، آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی مداخله برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند علاوه بر دارو، ۱۰ جلسه درمان گروهی مشاوره انگیزشی نظام‌مند دریافت کردند و در گروه آزمایشی دارودرمانی صرف در طی این مدت فقط تحت درمان دارویی بودند. در نهایت آزمون ساختار انگیزشی و افسردگی بک مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند بر اساس الگویی که ککس و کلینگر (۲۰۰۲) در ۱۱ مرحله درمانی بر اساس کتاب «درمان انگیزشی نظام‌مند» ارائه نمودند در طی ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته به‌صورت هفتگی و منظم به افراد ارائه شد. مراحل، عناوین و خلاصه جلسات درمان مشاوره انگیزشی در زیر ارائه شده است:

۱- جلسه اول (جلسه مقدماتی): هدف، آشنا شدن اعضا با یکدیگر، تصریح اهداف گروه، توضیح منطق روش مورد استفاده در گروه، بحث از ضرورت رازداری و پرداختن به دل‌نگرانی‌ها و انتظارات مراجعین می‌باشد.

۲- جلسه دوم (تکمیل پرسشنامه PCI): اولین گام در این فرآیند تکمیل پرسشنامه PCI می‌باشد که بخش اجتناب‌ناپذیر مشاوره انگیزشی نظام‌مند است. قبل از اقدام به تکمیل PCI ابتدا مشاور توضیحات روشن و دقیق از اصول و منطق PCI را برای مراجعین ارائه داد

1. Cox, Hagan, Kristian & Race

و مفهوم دغدغه و اهداف، اینکه دغدغه‌ها هم شامل اهداف مثبت یعنی چیزهایی که فرد می‌خواهد به آن‌ها برسد و هم اهداف منفی یعنی چیزهایی که فرد می‌خواهد از آن‌ها خلاص شود می‌گردد و ارتباط بین اهداف و دغدغه‌ها از یک طرف و افکار، هیجانات و رفتار از طرف دیگر را با زبان ساده و مثال‌های متعدد برای مراجعین توضیح داد.

۳- جلسه سوم (مرور دغدغه‌ها و اهداف مراجعین و نمره‌گذاری آن‌ها):

کمک به درک واضح‌تری از دغدغه‌ها و اهداف مراجعین به صورت عینی و ملموس و کمک به نمره‌گذاری بهتر و دقیق‌تر به اهداف خود و کمک به نوشتن اهداف کلی و مبهم به صورت عینی و انتظارات واقع‌بینانه از اهداف خود و همچنین کمک به ارزیابی بهتر اهداف از نظر میزان رضایت هیجانی به مراجعان و نهایتاً تهیه نيمرخ سبک انگیزشی مراجعان برای هر حیطه به کمک خودشان.

۴- جلسه چهارم: با موضوع بررسی ارتباط بین اهداف به این معنی که آیا اهداف یکدیگر را تسهیل می‌کنند یا با یکدیگر تداخل می‌کنند و مانع یکدیگر می‌شوند با استفاده از استراتژی ماتریس اهداف. بدین صورت که ابتدا مشاور نحوه تکمیل ماتریس اهداف را برای مراجعین توضیح می‌دهد سپس از آن‌ها می‌خواهد تا به تکمیل ماتریس اهداف بپردازند. وقتی ماتریس تکمیل شد مشاور از مراجعین می‌خواهد اهدافی که یکدیگر را تسهیل می‌کنند یا مانع تداخل یکدیگر می‌شوند را مشخص نمایند و در جلسه بعد گزارش دهند.

۵- جلسه پنجم (ایجاد سلسله‌مراتب اهداف): سلسله‌مراتب اهداف شامل یک سری از اهداف کوچک می‌باشد که برای دستیابی به هدف نهایی و اصلی ضروری هستند، در سلسله‌مراتب اهداف، اولین هدف پیش‌نیاز هدف دوم محسوب می‌شود و هدف دوم پیش‌نیاز هدف سوم و الی آخر.

۶- جلسه ششم (برنامه‌ریزی برای دستیابی به سلسله‌مراتب اهداف): مشاور و مراجعین توافق می‌کنند تا در جهت دستیابی به سلسله‌مراتب اهداف تلاش نمایند و نتیجه کار خود را در جلسات بعد ارائه نمایند.

۷- جلسه هفتم (حل تضادهای اهداف): مشاور ضمن تشویق اعضاء از آن‌ها می‌خواهد تا به تلاش خود برای دستیابی به سلسله‌مراتب اهداف ادامه دهند. مشاور از مراجعین می‌خواهد تا با جایگزین کردن اهداف مناسب و واقع‌بینانه به‌جای اهدافی که در تضاد با یکدیگر هستند در جهت کاهش تعارض بین اهداف خود تلاش نمایند.

۸- جلسه هشتم (رها کردن اهداف نامناسب): در ادامه‌ی جلسه، مشاور برای مراجعین توضیح می‌دهد که حداقل در دو موقعیت زیر بهتر است افراد از اهداف خود چشم‌پوشی کنند: وقتی تعارض بین اهداف قابل حل نباشد و وقتی اهداف دست‌نیافتنی هستند. مشاور و اعضاء گروه در جریان مذاکره فعال به یکدیگر کمک می‌کنند تا با پیدا کردن اهداف مناسب و واقع‌بینانه این دسته از اهداف را رها کنند.

۹- جلسه نهم (تغییر اهداف اجتنابی به گرایشی): مشاور برای مراجعان توضیح می‌دهد که چگونه گاهی باورها و اعتقادات غلط و غیرمنطقی به‌صورت اجتناب‌های هراس‌گونه از اشیاء و موقعیت‌ها ظاهر می‌شوند. مردم به‌جای توجه به جنبه‌های مثبت پدیده‌ها جنبه‌های منفی آن‌ها را می‌بینند و انتخاب می‌کنند. مشاور با ذکر مثال به مراجعان نشان داد که چگونه می‌توان اهداف اجتنابی را به اهداف گرایشی تبدیل نمود. مشاور از مراجعین می‌خواهد به بررسی اهداف اجتنابی خود بپردازند و آن‌ها را به اهداف گرایشی تبدیل کنند.

۱۰- جلسه دهم (جمع‌بندی و نتیجه‌گیری): مراجعین می‌توانند برای حیطه‌های مختلف زندگی خود، اهداف واضح، روشن و ملموس طرح کنند، به اهداف متضاد خود توجه کنند، آن‌ها را اصلاح کنند، اهداف نامناسب را رها کنند، اهداف واقع‌بینانه را پیگیری کنند، سلسله مراتب اهداف تهیه کنند و به‌جای تمرکز به اهداف اجتنابی، به اهداف گرایشی توجه کنند.

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۲۱ تا ۳۲ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل به ترتیب ۲۴/۹ و ۴/۲۷ و گروه آزمایش دارودرمانی همراه با مشاوره انگیزش نظام‌مند ۲۳/۷۵ و ۲/۹۸ و گروه آزمایش دارودرمانی صرف نیز ۲۴/۶۸ و

۲/۴ بود. همه شرکت‌کننده‌ها از نظر تحصیلات در سطح کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. طول بیماری آن‌ها از یک سال تا ۵ سال بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مرتبط با نمرات افسردگی و ساختار انگیزشی آزمودنی‌ها به تفکیک سه گروه

متغیرها	مراحل	مشاوره انگیزشی نظام‌مند به همراه دارودرمانی		دارودرمانی صرف		گروه کنترل
		انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۹/۵۷	۳/۵۶	۴/۷	۲۰/۷۴	۴/۵۲
	پس‌آزمون	۱۲/۵۱	۲/۸۲	۲/۲۵	۱۹/۲۵	۵/۶۸
ساختار	پیش‌آزمون	۲۲۸/۲۷	۳۶/۳۲	۲۲۴/۱۸	۲۹/۶۱	۳۹/۵۹
	پس‌آزمون	۲۶۸/۸۱	۲۴/۴۱	۲۳۳/۳۱	۲۲۰/۳۵	۲۷/۸۲

مشاهده جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در پیش‌آزمون نزدیک به هم می‌باشد، ولی میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمایشی در پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است. همچنین میانگین نمرات ساختار انگیزشی گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم می‌باشد، ولی میانگین نمرات ساختار انگیزشی گروه آزمایشی مشاوره انگیزشی نظام‌مند همراه دارودرمانی در پس‌آزمون تفاوت معناداری با دو گروه دیگر نشان می‌دهد.

با توجه به همبستگی میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو شاخص افسردگی و ساختار انگیزشی، متغیر پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر مداخله‌گر شناخته شد و به‌منظور کنترل اثر روی نمره پس‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. در این تحلیل، عضویت گروهی (گروه‌های آزمایشی و کنترل) به‌عنوان متغیر مستقل و نمرات پس‌آزمون دو شاخص افسردگی و ساختار انگیزشی در مراجعان به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون شاپیروویلک جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن صورت گرفت که نتایج نشان داد که نمرات در گروه‌های

آزمایشی و کنترل دارای توزیع نرمال است ($P \geq 0/05$). همچنین برای بررسی یکسانی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نیز نشان داد که پراکندگی نمرات در گروه‌های آزمایشی و کنترل یکسان و در نتیجه پیش‌فرض یکسانی واریانس‌ها برقرار است ($F = 10/33, P \geq 0/05$). همچنین از دیگر پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس، همسانی واریانس‌ها است که از آزمون باکس برای این بررسی استفاده شد که نتایج نشان داد که کوواریانس‌ها در دو گروه برابر هستند ($F = 6/07, P \geq 0/05$)؛ بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس شاخص‌های افسردگی و ساختار انگیزشی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری	توان آماری
افسردگی	۶۴۳/۵۸	۲	۳۲۱/۳۹	۲۸/۳۷	۰/۳۹	۰/۰۰۲	۰/۸۷
ساختار انگیزشی	۱۶۳۵/۳۷	۲	۷۲۸/۴۷	۵۹/۷۱	۰/۲۷	۰/۰۱	۰/۸۴

همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میزان افسردگی ($F = 28/37$ و $p < 0/01$) و متغیر ساختار انگیزشی ($F = 28/37$ و $p \leq 0/01$) میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند همراه دارودرمانی و دارودرمانی صرف در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری بهبود یافته است. میزان تأثیر این روش‌های درمانی در کاهش افسردگی ۳۹ درصد و در ساختار انگیزشی ۲۷ درصد بوده است، بدین معنی که در افسردگی ۳۹ درصد واریانس و در ساختار انگیزشی ۲۷ درصد واریانس نمرات در گروه‌ها ناشی از عضویت گروهی است. به‌طور کلی نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخش بودن درمان برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند همراه دارودرمانی و دارودرمانی صرف نسبت به فقدان درمان برای افراد مبتلا به افسرده‌خویی می‌باشد.

به‌منظور مقایسه اثربخشی گروه‌های درمانی باهم و با گروه کنترل در میزان بهبودی افسردگی و ساختار انگیزشی بیماران از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. جدول ۳. آزمون توکی به‌منظور مقایسه دوبه‌دو درمان مشاوره انگیزش نظام‌مند با دارو و دارودرمانی صرف

متغیرها	گروه مورد مقایسه	تفاوت بین میانگین	خطای استاندارد	p-value
افسردگی	مشاوره انگیزش نظام‌مند با دارو - دارودرمانی صرف	-۴/۳۸	۱/۵۹	۰/۰۱
	مشاوره انگیزش نظام‌مند با دارو - گروه کنترل	-۸/۴۸	۲/۶۸	۰/۰۰۲
ساختار انگیزشی	دارودرمانی صرف - گروه کنترل	-۴/۱	۰/۹۲	۰/۰۱
	مشاوره انگیزش نظام‌مند با دارو - دارودرمانی صرف	۳۷/۵۹	۹/۵۶	۰/۰۰۱
	مشاوره انگیزش نظام‌مند با دارو - گروه کنترل	۵۳/۱۲	۱۲/۶۹	۰/۰۰۳
	دارودرمانی صرف - گروه کنترل	۱۵/۵۳	۴/۳۷	۰/۰۳

همان‌طور که در جدول شماره ۳ فراوان می‌باشد، نتایج نشانگر وجود تفاوت‌های معنادار بین هر یک از روش‌های درمانی مشاوره انگیزش نظام‌مند همراه با دارو و دارودرمانی صرف با گروه کنترل می‌باشد ($p < 0/01$). در مقایسه بین دو روش درمانی مشاوره انگیزش نظام‌مند همراه با دارو و دارودرمانی صرف کاهش میانگین نمرات در افسردگی و بهبود ساختار انگیزشی بیماران به نفع درمان مشاوره انگیزشی نظام‌مند همراه با دارو بوده است؛ بنابراین بین نمرات پس‌آزمون افسردگی و ساختار انگیزشی دو گروه درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$) و مقایسه میزان تأثیر این دو روش نشان می‌دهد که روش درمانی مشاوره انگیزش نظام‌مند نسبت به روش دارودرمانی صرف بهتر توانسته نشانه‌های افسردگی و ساختار انگیزشی بیماران مبتلا به افسردگی خویی را در پس‌آزمون بهبود ببخشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند و دارودرمانی در اختلال افسرده‌خویی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مشاوره انگیزشی نظام‌مند گروهی (SMC) و دارودرمانی به میزان بیشتری نسبت به دارودرمانی صرف در بهبود علائم افسردگی مزمن و ساختار انگیزشی بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی مؤثر است و درمان مشاوره انگیزشی نظام‌مند گروهی (SMC) توانسته است در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی مؤثر واقع شود.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از مطالعات انجام‌شده در این زمینه از جمله همخوان و همسوست. برای مثال یافته‌های حاصل از پژوهش کورمن و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که مشاوره انگیزشی نظام‌مند در کاهش علائم افسردگی تأثیر معناداری داشته است و در همین راستا بالان و همکاران (۲۰۱۳) نیز بیان نمودند که مشاوره انگیزشی نظام‌مند در تلفیق با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی صرف در درمان افسردگی تأثیر معناداری داشته است. همچنین وولف و همکاران (۲۰۱۳) نیز بیان نمودند که دارودرمانی و مصرف داروهای ضدافسردگی در کاهش علائم بیماری افسرده‌خویی و بالا رفتن خلق این بیماران تأثیر معناداری دارد. در این پژوهش نتایج حاکی از آن بود که بیماران افسرده‌خویی که از داروهای ضدافسردگی استفاده کرده بودند در مقایسه با بیمارانی که تنها دارونما مصرف کرده بودند، کاهش علائم معناداری را گزارش نمودند.

در راستای نتایج این پژوهش در مطالعه بلایس و همکاران (۲۰۱۳) نیز اثربخشی بالاتر درمان‌های ترکیبی دارویی و روان‌شناختی در مقایسه با دارودرمانی صرف و درمان روان‌شناختی به‌تنهایی در مورد بیماران مبتلا به افسردگی مورد تأیید قرار گرفت و در نهایت کوچپرز و همکاران (۲۰۱۳) نیز بیان نمودند که در درمان خلق افسرده استفاده همزمان از دارودرمانی به همراه درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با درمان افسردگی از قبیل درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارودرمانی صرف و استفاده از دارونما می‌تواند میزان بهبودی بیمار و کاهش احتمال عود را افزایش دهد.

همان‌طور که بیان شد افراد افسرده در دوره‌هایی از زندگی خود احساس بی‌علاقگی و بی‌انگیزشی نسبت به فعالیت‌ها را تجربه می‌کنند و در آن‌ها کاهش فعالیت و کاهش اثربخشی یا بهره‌وری دیده می‌شود. فرد افسرده به خاطر خلق غمگین و افسرده‌ای که دارد کمتر تمایل به انجام فعالیت‌های هدفمند داشته و انگیزه لازم برای انجام امور زندگی را به‌ویژه اگر افسردگی وی از لحاظ شدت و طول مدت جنبه افراطی پیدا کند، ندارد. ککس و کلینگر معتقدند آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ارتباط تنگاتنگی با مشکلات مربوط به تعقیب هدف دارند، به‌بیان‌دیگر هرچقدر مشکلات و آسیب‌های موجود بر سر راه تعقیب هدف بیشتر باشد، آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری نیز بیشتر بروز می‌کند. آن‌ها معتقدند تعقیب یک هدف مناسب برای رسیدن به سلامت روان شناختی از اهمیت خاصی برخوردار است. اگر افراد افسرده بدانند چه مراحل برای رسیدن به هدف لازم است، به‌احتمال‌زیاد در رسیدن به اهدافشان موفق‌تر خواهند بود. درمان مشاوره انگیزشی در ابتدا با بررسی عواملی که موجب مراجعه بیمار به مشاور شده، تمایل یا عدم تمایل شخص در پیگیری اهداف موردنظر را می‌سنجد. در واقع بررسی اهدافی که مراجع به خاطر آن‌ها به مشاور مراجعه کرده است، موجب ایجاد بینش در مراجع می‌شود. او درمی‌یابد چه چیزی را دوست دارد در زندگی‌اش تغییر دهد و چه چیزی را باید تغییر دهد. درمان مشاوره انگیزشی با انجام تمرین‌هایی در مورد فایده‌ها و مضرات تداوم یا حل مشکل فعلی مراجع در جلسات اولیه مشاوره، موجب افزایش انگیزش مراجعان و ترغیب آن‌ها به تداوم کار مشاوره شد. این رویکرد درمانی با ایجاد نردبان اهداف مراجعان و ایجاد بینش در آن‌ها در مورد اهداف و دغدغه‌های مهم زندگی در رسیدن مراجعان به درک واضحی از اهداف زندگی‌شان کمک می‌کند تا کیفیت روش‌های دستیابی به اهداف در آن‌ها بهبود پیدا کند. به‌علاوه با بازخوردهایی که افراد گروه و درمانگر به بیمار می‌دادند، اهداف مبهم و کلی (که به‌ویژه در افراد افسرده دیده می‌شود و موجب عدم دستیابی آن‌ها به اهداف می‌شود) مراجعان به اهداف عینی، روشن و ملموس تغییر یافت؛ به‌عبارت‌دیگر، در درمان انگیزشی بر عامل هدف تأکید شده است. می‌توان نتیجه‌ی به‌دست‌آمده از این طرح را این‌گونه تبیین نمود که شاید عامل مؤثر بر بهبود علائم افسردگی آزمودنی‌های پژوهش

مشخص شدن اهداف آن‌ها و کمک در رسیدن به اهدافشان باشد و عوامل دیگری که در نظریه‌ی انگیزش هدفمند بر آن‌ها تأکید می‌شود نیز در جهت کمک به رسیدن آزمودنی‌ها به اهدافشان است.

نتایج نشان دادند که به‌کارگیری دارودرمانی به همراه مشاوره انگیزشی نظام‌مند در درمان افسرده‌خویی به‌طور معناداری مؤثرتر از دارودرمانی صرف است. درمان مشاوره انگیزشی به افراد افسرده کمک کرد که علاوه بر تشخیص اهداف، به درک ارتباط بین اهداف مهم توجه کنند. با توجه به این که در بررسی اهداف افراد افسرده دیده‌شده بین اهداف موردنظر برای دستیابی تعارض‌هایی هست، رویکرد درمان مشاوره انگیزشی در پی آن بود که با بررسی اهداف مراجعان، تعارض بین اهداف را به حداقل برساند و با تعیین عواملی که موجب دستیابی به هدف یا عدم دستیابی به هدف می‌شود سطوح مورد انتظار ارزیابی‌های تعیین‌شده را معین کند و ابزار ارزشیابی بعدی را از درجه و میزان پیشرفت مشخص کند. افراد افسرده با ساختار شناختی معیوبی که دارند اهداف بزرگی را بدون توجه به توانایی‌های خود انتخاب می‌کنند و از انگیزه لازم برای پیگیری اهدافشان برخوردار نیستند و نسبت به توانایی‌هایشان در دستیابی به اهداف بدبین هستند. این عوامل در نهایت موجب عدم دستیابی افراد به اهداف مشخص و ایجاد افسردگی مفرط در آن‌ها می‌شود، لذا تهیه سلسله‌مراتب اهداف که بخش اجتناب‌ناپذیر مشاوره انگیزشی نظام‌مند است، روش مفیدی برای ایجاد بینش در مراجعان در مورد توانایی‌هایشان بود. وقتی افراد اهدافی را که در آینده نسبتاً نزدیک، قابل حصول هستند، دنبال می‌کنند انگیزه قوی‌تری دارند تا اهدافی که نیاز به انتظار بیشتری دارند. در این صورت درمان مشاوره انگیزشی، در پی آن بود تا انگیزش نسبت به دستیابی به یک هدف درازمدت در طول زمان را با تقسیم آن به اهداف کوچک‌تر و کوتاه‌مدت و قابل حصول، حفظ نماید. در تهیه سلسله‌مراتب اهداف، اهداف بلندمدت به اهداف کوچک‌تر تقسیم شدند (رسیدن به اهداف کوچک‌تر زمینه را برای دستیابی به اهداف بلندمدت تسهیل می‌کند). هدف یک مشوق خاص است که شخص تلاش می‌کند آن را به دست آورد در پی هر هدف‌جویی یک مشوق وجود دارد ولی برخی از افراد به‌ویژه افراد افسرده در راه کسب همه مشوق‌هایی که بالقوه

می‌توانند تغییرات موردنظر آن‌ها را به وجود آورند تلاش نمی‌کنند. آن‌ها یا احساس می‌کنند که راه کسب هدف موردنظرشان را نمی‌دانند و یا تصور می‌کنند که این کار با ناراحتی همراه خواهد بود و یا معتقدند که احتمال موفقیت وجود ندارد. افسردگی از حد ارزش مشوق می‌کاهد که موجب به حداقل رسیدن جذابیت اکثر مشوق‌ها می‌شود و موجب تضاد بین اهداف می‌گردد و جذابیت آن‌ها را کاهش می‌دهد در نتیجه فرد افسرده از پیگیری آن‌ها بیشتر مأیوس می‌گردد و از آنجایی که افرادی که دچار اختلالات عاطفی هستند به‌ویژه افراد افسرده، مشوق‌های کمی دارند و دنبال اهدافی نیستند که واقعاً به آن‌ها نیاز دارند بلکه دنبال اهدافی هستند که فقط به آن‌ها برسند، این نوع پیگیری هدف ناشی از احساس اجبار و باید‌ها بوده و باعث ایجاد نگرانی در فرد افسرده می‌شود؛ بنابراین درمان مشاوره انگیزشی با تهیه سلسله‌مراتب اهداف مراجعان، موجب ایجاد تقویت فرد در پیگیری اهدافش می‌شود و به‌منظور ارزش‌گذاری مجدد مشوق‌ها و القای خوش‌بینی مبتنی بر واقعیت موجب تغییر در ساختار انگیزشی مراجع و در نتیجه تغییر رفتار می‌شود و به مراجع کمک می‌کند تا مشوق‌های لذت‌بخش جدیدی را پیدا کند. با این روش، عزت‌نفس بیماران افسرده که مشکل اساسی آن‌هاست موردبررسی مجدد قرار می‌گیرد و مشاور به مراجع کمک می‌کند تا راه‌های جدیدی را پیدا کنند تا نسبت به خود احساس خوبی داشته باشند، خود را کمتر تحقیر کنند و توانایی خود بخشودگی به خاطر نرسیدن به برخی از اهداف را در آن‌ها بالا ببرد.

از تحریف‌های شناختی که در رویکرد شناختی فرد افسرده اتفاق می‌افتد می‌توان به بی‌توجهی به امور مثبت (بی‌اعتبار دانستن تجربه‌های مثبت به هر دلیلی)، تعمیم مبالغه‌آمیز (جزئی‌ترین حادثه منفی را به حساب شکست همیشگی گذاشتن)، نتیجه‌گیری شتاب‌زده (پیش‌بینی بدبینانه در مورد نرسیدن به اهداف) و ... اشاره کرد. دیدگاه شناختی افسردگی معتقد است که عامل عمده افسردگی، اختلال شناختی است (کوهرلر و هافمن، ۲۰۱۳)، به همین جهت، درمان مشاوره انگیزشی نظام‌مند که یکی از زیرمجموعه‌های درمان شناختی است و در این تحقیق درمانگر سعی بر آن داشت که با تغییر شناخت بیماران، ساختار شناختی آن‌ها را اصلاح کند و این درمان تکنیکی برای اصلاح اساسی ساختار انگیزشی

آن‌ها بود. این برنامه با تغییر باور بیماران افسرده مبنی بر اعتقادات غلط و غیرمنطقی در تنظیم اهداف و دستیابی به اهداف مهم زندگی در سلسله‌مراتب اهداف، به افراد بیمار کمک می‌کند که به‌جای تمرکز به اهداف اجتنابی به اهداف گرایشی توجه کنند و چارچوب اهداف مراجعان را از اجتنابی به گرایشی تبدیل کند. در این درمان با استفاده از تکنیک بازسازی شناختی طرز تفکر مراجعان را از توجه به جنبه منفی پدیده‌ها به جنبه مثبت آن‌ها تغییر داده شد و به آن‌ها کمک شد اهداف مثبت لذت‌بخش را جایگزین اهداف منفی خود کنند تا از زندگی خود احساس رضایت بیشتری داشته باشند.

این نتیجه بدین معنی است که نتیجه‌ی این پژوهش تأییدی است به رویکرد مشاوره انگیزشی نظام‌دار که معتقد است اصلاح ساختار انگیزشی افراد موجب افزایش انگیزه و میزان رضایت افراد می‌شود. این یافته که با نتیجه پژوهش سلیمانیان (۱۳۸۴) همخوانی دارد را می‌توان این‌گونه تبیین نمود، پژوهش‌های انجام‌شده در زمینهٔ احساس خوب بودن و داشتن معنا و انگیزه در زندگی نشان داده‌اند که هردوی این مقوله‌ها با ادراک افراد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت‌بخش در به دست آوردن آن‌ها رابطه دارند؛ بنابراین در این پژوهش تحت تأثیر مداخله انگیزشی نظام‌مند که در مورد گروه آزمایش اعمال شد، ساختار انگیزشی به‌طور معناداری افزایش یافت که باعث تغییر و کاهش در علائم افسردگی در مراجعین شد. در انتها، بایستی اشاره کرد یکی دیگر از دلایل تأثیر مداخله انگیزشی نظام‌مند در علائم افسردگی اجرای این درمان به‌صورت گروهی می‌باشد. زمانی که این رویکردها به‌صورت گروهی به کار گرفته می‌شوند، مزیت‌های روان‌درمانی گروهی در مقایسه با روان‌درمانی فردی از جمله تعامل اعضا، الگوگیری و ... دوچندان می‌شود. در واقع اعضای گروه در نتیجه‌ی تعامل با یکدیگر و از طریق خودافشایی، دریافت حمایت، همدلی و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسائلشان به فهم و بینش وسیع‌تری دست‌یافته و بهتر با آن‌ها کنار آیند. به استناد یافته‌های پژوهشی حاضر می‌توان به روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان و سایر متخصصین مرتبط با خدمات روان‌شناختی پیشنهاد کرد که به نقش انگیزش و افزایش آن در درمان مشکلات و آسیب‌های روان‌شناختی به‌ویژه افسردگی توجه بیشتری

داشته باشند و بالأخص برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند و آموزش آن به مراجعین را در راستای بهبودی و سلامت روان‌شناختی آنان مدنظر قرار دهند. همچنین احتمال می‌رود این پژوهش، زمینه پژوهش‌های بیشتری در زمینه نقش افزایش انگیزه در کاهش علائم، رضایت از زندگی و بهبودی روان‌شناختی را فراهم نماید و به سلامت روان‌شناختی کمک نماید. از جمله پیشنهاد می‌شود محققان و پژوهشگران روی نمونه‌های دیگر با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت شناختی و سایر مشکلات روان‌شناختی تأثیر برنامه مشاوره انگیزشی نظام‌مند را مطالعه نمایند تا با اعتماد بیشتری در موقعیت‌های بالینی مورد استفاده قرار گیرد به‌طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و ساختار انگیزشی ناسازگار در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی، می‌توان از درمان مشاوره انگیزشی نظام‌مند به‌عنوان شیوه‌ی روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش علائم افسردگی و طول مدت این اختلال در این بیماران استفاده نمود. لیکن هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبروست و این پژوهش نیز از این امر مستثنا نیست. لازم است در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده‌ی جامعه پژوهش جانب احتیاط رعایت گردد. از جایی که در این پژوهش، از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود این شیوه درمانی به‌صورت فردی نیز مورد بررسی واقع گردد و نتایج آن بر این مؤلفه‌های فراشناختی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

منابع

- سلیمانیان، علی‌اکبر. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی و کارآمدی مشاوره انگیزشی نظام‌مند بر تعارض زناشویی. پایان‌نامه دکتری؛ دانشگاه تربیت معلم تهران.
- هالچین، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزان ک. (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی (چاپ اول). ترجمه: یحیی سید محمدی، (۱۳۸۴). نشر روان.

Balan, I. C. Moyers, T. B, & Lewis-Fernandez, R. (2013). Motivational Pharmacotherapy: Combining Motivational Interviewing and Antidepressant Therapy to Improve Treatment Adherence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 76(3): 203-209.

- Barron, W. B. (2007). *Effect of religious coping skills training with group cognitive behavioral therapy for treatment of depression*. PHD thesis, Northcentral University, USA.
- Beck, AT. Steer, RA. Carbin, MG. (1998) *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twentyfive years of the Beck Depression Inventory: Twentyfive years of evaluation*. *Clin Psychol Rev*.1988, 8:77-100.
- Blais, M. A. Malone, J. C. Stein, M. B. Salvin-Mulford, J. O'Keefe, Sh. M. Renna, M. & Sinclair, S. J. (2013). Treatment as usual (TAU) for depression: A comparison of psychotherapy, pharmacotherapy, and combined treatment at a large academic medical center. *Psychotherapy*, 50(1): 110-118.
- Chew, C. E. (2006). *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed Adults: A multiple baseline design*. PhD thesis, University of Denver, USA
- Cox, W. M. & klinger, E. (2003). *Handbook of motivational counseling: Motivating people for change*. London: Wiley.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (2002). *Motivational structure: Relationship with substance use and processes of change*. *Addictive Behaviors*, 27, 925, 940.
- Cox, W. M. Hogan, L. M. Kristian, M.R. & Race, J. H. (2002). *Alcohol abusers treatment bias as a predictor of alcohol abusers treatment outcome*. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 237 – 243.
- Cox, W. M & Klinger E. (2004). *Systematic Motivational counseling in groups, clarifying Motivational structure during psychotherapy*. In B. M. schroer. A. Fuhrmann & R. Jong-Meyer (Eds.) *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (pp.239-258). Chichester, United Kingdom: Wiley.
- Cuijpers, P. Sibrandij, M. Koole, S. L. Anderson, G. Beekman, A. T. Reynolds, Ch. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2): 137-148.
- Gartlehner, G. Hansen, R. A. Morgan, L. C. Thaler, K. Lux, L. J. Van, N. M. & et al. (2011). Second generation antidepressants in the pharmacologic treatment of adult depression: an update of the 2007 comparative effectiveness review. *Focus*, 10: 484-488.
- Gotlib, L. H. & Hammen, C. L. (2012). *Handbook of depression, second edition*. Guilford press.
- Heilemann, M. V. Pieters, H. C. Kehoe, P. & Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4): 473-480.

- Kohler, S. Hoffmann, S. Unger, Th. Steinacher, B. Dierstein, N. & Fydrich, Th. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2): 97-106.
- Korman, H. Bavelas, J. B. & Jong, P. D. (2013). Microanalysis of Formulations in Solution-Focused Brief Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, and Motivational Interviewing. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3): 31-45.
- McBride, C. Zurroff, D. C. Ravitz, P. Koestner, R. Moskowitz, D. B. Quilty, L. & Bagby, R. M. (2010). Autonomous and controlled motivation and interpersonal therapy for depression: moderating role of recurrent depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4): 529-545.
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5): 461-466.
- Stein, L. A. R. Lebeau, R. Colby, S. Z. Barnett, N. P. Golembeske, Ch. & Monti, P. M. (2011). Motivational interviewing for increased adolescents: effects of depressive symptoms on reducing alcohol and marijuana use after release. *Journal of Study in Alcohol and Drugs*, 72(3): 497-506.
- Stevens, J. Hayes, J. & Pakalnis, A. (2013). A randomized trial of telephone-based motivational interviewing for adolescent chronic headache with medication overuse. *Cephalalgia*, published online before print, doi: 10.1177/0333102413515336.
- Trivedi, J. K. & Kar, S. (2011). Focus issues in dysthymia. *Neuropsychiatry*, 1(3): 291-297.
- Wolff, A. V. Holzel, L. P. Westphal, A. Harter, M. & Kriston, L. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systemic review and meta-analysis. *Selective of Affective Disorders*, 144(1-2): 7-15.