

اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان دختر افسرده

معصومه دانه‌کار*، ندا گلچین**،

مرتضی ترخان*** و مهدی دهستانی****

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان میان فردی گروهی (ویسمن و همکاران، ۲۰۰۰) بر افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان دختر افسرده انجام شد. بدین منظور دانشجویان دختری که با توجه به مقیاس‌های افسردگی و احساس تنهایی واجد شرایط ورود بودند، دعوت به مصاحبه شدند و بعد از مصاحبه تشخیصی ۲۶ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۳ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. آزمودنی‌های دو گروه به کلیه گویه‌های پرسشنامه‌های افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۶۱) و احساس تنهایی (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۶) در ابتدای درمان و پس از پایان درمان پاسخ دادند. روش پژوهش نیمه آزمایشی با نمونه‌گیری در دسترس و با طرح دو گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. پس از اجرای ۱۲ جلسه درمان میان فردی گروهی و جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه شانزدهم نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی نشان داد که نمرات افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. بنابراین، نتایج این پژوهش حاکی از آن است که درمان میان فردی به واسطه آموزش مهارت‌های اجتماعی - رفتاری و ادراک اجتماعی، آموزش استفاده از خودآموزی به‌منظور هدایت رفتار و آموزش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و جایگزینی افکار مؤثر و مثبت به جای افکار ناکارآمد و منفی، الگویی را برای فرد ترسیم می‌کند و به کاهش افسردگی، احساس تنهایی منجر می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد درمان بین فردی برای مدیریت مؤلفه‌های احساس تنهایی و افسردگی دارای اثربخشی است.

کلید واژه‌ها

درمان میان فردی گروهی؛ افسردگی؛ احساس تنهایی؛ دانشجویان دختر

* نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور sharifdanekar@yahoo.com

** کارشناس ارشد دانشگاه پیام نور

*** استادیار دانشگاه پیام نور

**** استادیار دانشگاه پیام نور

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۱

مقدمه

افسردگی^۱ حالتی هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید، احساس گناه و بی‌ارزشی، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب و اشتها و نیز فقدان علاقه به فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. ناامیدی و غمگینی دو مشخصه اساسی افسردگی است. فرد افسرده رکود و وحشتناکی را احساس می‌کند و نمی‌تواند تصمیم بگیرد یا فعالیتی را شروع کند یا به چیزی علاقه‌مند شود، در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود، گاه گریه می‌کند و حتی ممکن است به فکر خودکشی بيفتد (دارویسون و نیل، ۱۹۹۴). نتایج مطالعاتی که از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه انجام شده است، از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می‌کند. در هر لحظه از زمان ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه ممکن است عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان دهند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۳، به نقل از کرک و کلارک، ۱۳۷۶).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها حاکی از آن است که میان افسردگی و احساس تنهایی^۲ همبستگی بسیار بالایی وجود دارد (شاور و برنان،^۳ ۱۹۹۱). ویس^۴ (۱۹۷۳) احساس تنهایی را به عنوان یک بیماری مزمن می‌داند که با افسردگی ارتباط تنگاتنگی دارد. احساس تنهایی حالت ناخوشایندی است و زمانی به وجود می‌آید که فاصله‌ای میان روابط بین فردی که فرد تمایل به آن دارد و روابط کنونی او وجود داشته باشد (پپلو و پرلمن،^۵ ۱۹۸۲). تجربه احساس تنهایی، مسأله‌ای فراگیر است که همه انسان‌ها کم و بیش آن را تجربه کرده‌اند و با زندگی آن‌ها همراه شده است. احساس تنهایی تجربه ناخوشایندی است که در پاسخ به نارسایی‌های کمی یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود (پپلو و پرلمن، ۱۹۸۲). احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به تجربه نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود (پارخورست و هوپ‌مه‌یر،^۶ ۱۹۹۹). احساس تنهایی شامل سه مؤلفه است که مؤلفه

-
1. Depression
 2. Loneliness
 3. Shaver & Brennan
 4. Weiss
 5. Peplau & Perlman
 6. Parkhurst & Hopmeyer

اجتماعی آن بارزترین و مهم‌ترین بُعد آن است؛ چرا که این احساس به روشنی منعکس‌کننده نارسایی روابط اجتماعی ارضاکنده است. با این حال نمی‌توان احساس تنهایی را معادل انزوای اجتماعی در نظر گرفت یا به عبارت دیگر باید بین انزوایابی^۱ و احساس تنهایی تمایز قایل تلاش برای تفکیک احساس تنهایی از انزوایابی به دومین مؤلفه احساس تنهایی منتهی می‌شود. احساس تنهایی احساسی شخصی است که لزوماً با واقعیت بیرونی همسان نیست. به بیان دیگر در حالی که برخی از افراد روابط اجتماعی محدودی دارند، احساس تنهایی را تجربه نمی‌کنند، اما برخی دیگر با وجود بهره‌مندی از شبکه روابط اجتماعی نسبتاً گسترده، از احساس‌های ناخوشایند تنهایی رنج می‌برند. بنابراین، احساس تنهایی مستلزم ادراک یا ارزیابی فرد از روابط اجتماعی خویش و مقایسه وضعیت کنونی با وضعیت مطلوب و آرمانی مورد نظر اوست. از دیدگاه برخی از صاحب‌نظران این مقایسه و نحوه ادراک روابط اجتماعی علت بروز احساس تنهایی است (هینریچ و گالون^۲، ۲۰۰۶؛ جونز^۳، ۱۹۸۱؛ هاگلی^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). سومین مؤلفه شامل ویژگی‌های عاطفی و هیجانی احساس تنهایی است. همچنین باید توجه داشت که احساس تنهایی، اگرچه از طریق خصوصیات عینی و کمی روابط اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، اما از طریق ارزیابی‌های ذهنی و کیفی این روابط، مثل رضایت از ارتباطها یا صلاحیت اجتماعی درک شده، پیش‌تر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (آشر و پاکویت^۵، ۲۰۰۳؛ کاترونا^۶، ۱۹۸۲؛ جونز، ۱۹۸۲؛ ویلر^۷ و همکاران، ۱۹۸۳). از نظر بسیاری از پژوهشگران (همیل و همکاران، ۱۹۹۹، پیلو و پرلمن، ۱۹۸۲، روتنبرگ، ۱۹۹۴)، احساس تنهایی، حقیقت اساسی زندگی است و بنابراین، همه افراد در برخی از دوره‌های زندگی خود آن را با شدت متفاوت تجربه می‌کنند (نتو و باروز^۸، ۲۰۰۰). بنابراین، احساس تنهایی، تجربه‌ای فراگیر است که از نیاز اساسی بشر به تعلق داشتن ناشی می‌شود. احساس تنهایی ممکن است مداوم و

-
1. Isolation
 2. Henrich & Gullone
 3. Jones
 4. Hawkley
 5. Asher & Paquette
 6. Cutrona
 7. Wheeler
 8. Neto & Barros

یا موقتی باشد. با وجود اینکه، احساس تنهایی موقتی اغلب موقعیتی و تجربه‌ای عادی است، احساس مداوم تنهایی نگران‌کننده است (آشر و پاکویت، ۲۰۰۳). آشر و پاکویت (۲۰۰۳) احساس تنهایی را آگاهی شناختی فرد از ضعف در روابط بین فردی و اجتماعی توصیف می‌کنند که به احساس غمگینی، پوچی یا تأسف و حسرت منتهی می‌شود. برخی پژوهشگران به جای آنکه احساس تنهایی را صرفاً یک هیجان منفی در نظر بگیرند، آن را تداعی‌کننده تعدادی هیجان‌های منفی مانند افسردگی می‌دانند (رایت^۱، ۲۰۰۵).

همچنین، روش‌های بسیاری برای درمان افسردگی به کار برده شده است که می‌توان به رویکرد شناختی-رفتاری (CBT)^۲، روان‌درمانی پویشی^۳ و درمان میان فردی (IPT)^۴ اشاره کرد. درمان میان فردی ساختاریافته‌تر از روان‌درمانی پویشی است، اما هنوز ساختاریافته‌تر از CBT نیست. درمان بین فردی با دو رویکرد دیگر متفاوت است و از بسیاری تکنیک‌های منحصر به فرد این درمان‌ها اجتناب می‌کند (ویسمن^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌هایی که به بررسی مقایسه‌ای این دو رویکرد درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی میان فردی اقدام کرده‌اند، نشان داده‌اند که تفاوت معنادار ملاحظه‌پذیری بین این دو رویکرد در درمان افسردگی وجود ندارد، اما رویکرد غالب که به‌طور چشمگیری درمان افسردگی را بررسی کرده، رویکرد درمان میان فردی است که می‌تواند توسط درمان‌گران و متخصصان توان‌بخشی به‌کار گرفته شود. درمان میان فردی رویکردی جدید است که در سال‌های اخیر توسعه یافته است. این درمان را ابتدا کلرمن^۶ و همکاران (۱۹۸۴) طراحی و سپس ویسمن و همکاران (۲۰۰۰) تکمیل کردند. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان میان فردی برای درمان اختلال‌های افسردگی بسیار اثربخش است. بر اساس پروتکل درمانی IPT ابتدا نشانه‌ها تشخیص داده می‌شوند تا درمانگر بتواند مشکلات میان فردی بیمار را دریابد و سپس از طریق نشانه‌های روان‌شناختی به مشکلات میان فردی مراجع دست یابد. نشانه‌هایی که همان نشانه‌های اختلال افسردگی هستند

-
1. Wright
 2. Cognitive Behavior Therapy
 3. Psychotherapy
 4. Interpersonal Therapy
 5. Weissman
 6. Klerman

(تانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). این درمان به سه مرحله تقسیم می‌شود؛ در مرحله آغازین، افسردگی به عنوان یک اختلال معرفی می‌شود که در بافت اجتماعی میان فردی رخ می‌دهد و هدف درمان که کاهش افسردگی و یادگیری مهارت‌های حل مسأله بین فردی است در گروه مطرح می‌شود. درمانگر یک ارزیابی بین فردی از مهم‌ترین روابط بیمار به عمل می‌آورد. در مرحله میانی، تمرکز درمانگر بر شناسایی مسأله، رشد راهبردهای جدید مدیریت حل مسأله و به‌کارگیری این راهبردهاست. از دیگر تکنیک‌های این مرحله روشن کردن تعارض‌ها، تحلیل روابط و فنون تغییر رفتار مانند ایفای نقش^۲ است. در مرحله پایانی، منافع درمان مرور و بر آن‌ها تأکید می‌شود. درمانگر به پاسخ‌های بیمار و اعضای خانواده نسبت به درمان توجه می‌کند. همچنین، دوره علائم افسرده‌ساز و علائم فعلی، رابطه بین علائم افسرده‌ساز و حوزه‌های مسأله‌ساز بین فردی شناسایی شده و راهبردهایی که برای بیمار مفید به نظر می‌رسد، ارزیابی مجدد می‌شود. همچنین یکی از مزایای این درمان این است که از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است؛ به این دلیل که تنها به مسائل میان‌فردی مرتبط با افسردگی کنونی مراجع تمرکز دارد (الیکن^۳ و همکاران، ۱۹۹۵، ویسمن و همکاران، ۲۰۰۰).

با ظهور این درمان، تقاضا برای به‌کارگیری آن طی دهه گذشته افزایش یافته است. یکی از پژوهش‌های اولیه در میان نمونه‌ای از نوجوانان افسرده، بین سنین ۱۲ - ۱۸ سال انجام شده است. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که نشانه‌های افسردگی نوجوانان به‌طور معناداری بعد از درمان کاهش یافته بود و علاوه بر افسردگی، پریشانی‌های روان‌شناختی و جسمانی آن‌ها نیز بهبود یافته بود و این نوجوانان از لحاظ کنش عمومی نیز هم در خانه و هم در مدرسه به‌طور معناداری تغییر کرده بودند (مافسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۴) اما این پژوهش‌های اولیه به دلیل نداشتن گروه کنترل تعمیم‌پذیر به اجتماع نبودند. پژوهش‌های بعدی به بررسی این درمان با گروه کنترل در لیست انتظار درمان اقدام کردند و نتایج مافسون و همکاران (۱۹۹۹) با نتایج به دست آمده اولیه همسو بود. در مجموع، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌درمانی کوتاه

-
1. Tang
 2. Role Play
 3. Elkin
 4. Mufson

مدت در کاهش افسردگی و مشکلات روان‌شناختی اثربخش بوده است، اما پژوهشی گزارش نشده است که به‌طور همزمان اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت و احساس‌تنهایی را بررسی کند و با توجه به الگوی شیوع افسردگی ۱/۵ تا ۳ برابر در میان زنان نسبت به مردان (کاریلو^۱ و همکاران، ۲۰۰۴) در این پژوهش از نمونه زنان استفاده شد. بنابراین، با توجه به مطالب فوق و این که افسردگی و احساس‌تنهایی در زندگی نقش اساسی دارند و کاهش این عوامل می‌تواند موجبات ارتقاء و بهبود عملکرد اجتماعی و فردی را فراهم کند، هدف عمده این پژوهش بررسی اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر کاهش افسردگی و احساس‌تنهایی دانشجویان دختر بود. اهداف مهم بعدی کاهش ابعاد احساس‌تنهایی نظیر احساس‌تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، احساس‌تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی احساس‌تنهایی است و بالاخره، این پژوهش به دنبال آزمون دو فرضیه اصلی بود: درمان میان فردی گروهی موجب کاهش افسردگی و نیز کاهش احساس‌تنهایی دانشجویان دختر می‌شود.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن، دو گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است که دیاگرام آن به شرح زیر ارائه می‌شود:

	T2	X	T1	RE
RC	T1	--	T2	

جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه صنعتی شریف تهران است که در نیمسال اول سال تحصیلی ۸۹-۹۰ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع نمونه‌گیری در دسترس است به گونه‌ای که پس از درج آگهی در بوردهای دانشکده‌های دانشگاه صنعتی شریف، کلیه دانشجویان داوطلبی که مراجعه کرده بودند، پرسشنامه‌های احساس‌تنهایی و افسردگی بک را کامل کرده (پیش‌آزمون) و پس از محاسبه نمرات آن‌ها، کلیه دانشجویانی که نمره احساس‌تنهایی آن‌ها بالاتر از نقطه برش ۶۰ و نمره افسردگی آن‌ها

بالاتر از نقطه برش ۱۳ بود، دعوت به مصاحبه شدند و بعد از مصاحبه تشخیصی توسط روان‌شناس بالینی تعداد ۲۶ نفر که واجد شرایط معیارهای ورود و خروج بودند انتخاب و سپس در گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند (هر گروه ۱۳ نفر). معیار ورود در این پژوهش مؤنث بودن، ابتلا به افسردگی با توجه به مصاحبه تشخیصی و معیار خروج ابتلا به هرگونه اختلال شخصیت (نظیر پارانویید و شخصیت ضد اجتماعی و هرگونه بیماری روان‌شناختی بارز نظیر وسواس - جبری، دو قطبی و اختلال‌های پزشکی بارز و مصرف داروهای ضد افسردگی بود.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱. سیاهه افسردگی بک (BDI)^۱

این پرسشنامه پرستفاده‌ترین ابزار اندازه‌گیری خلق افسرده است. بک و همکاران (۱۹۶۱) ویرایش اصلی پرسشنامه افسردگی بک را معرفی کردند. درباره این پرسشنامه در سال ۱۹۷۱، مجدداً تجدیدنظر کردند (مارنات، ۱۳۷۵). با وجود این بین فرم اصلی و ویرایش‌های تجدیدنظر شده آن به میزان ۰/۹۴ همبستگی وجود دارد. این ابزار یک ابزار خودسنجی ۲۱ سؤالی برای اندازه‌گیری خلق افسرده است. هر گویه دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل نمره ۰ است. در این پژوهش نقطه برش ۱۳ حداقل افسردگی است. مطالعات زیادی در ارتباط با بررسی اعتبار و روایی آزمون افسردگی انجام شده که همگی حاکی از اعتبار و روایی مناسب این آزمون است. بک و همکاران ضریب آلفای کرونباخ آزمون افسردگی بک را در بیماران روان‌پزشکی و غیرروان‌پزشکی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۶ به دست آورده‌اند. همچنین، ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). مطالعه وهاب زاده (۱۳۷۷) در ایران به منظور چگونگی ارزش تشخیص این سیاهه در تفکیک بیماران افسرده و افراد سالم از یکدیگر، نشان داد که این مقیاس دارای ارزش تشخیصی است و قادر به

1. Beck Depression Inventory

تمیز افراد سالم از بیمار است. رجبی و همکاران (۱۳۸۰)، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کردند. در یک بررسی در میان ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و علامه طباطبایی که برای بررسی اعتبار و روایی این سیاهه روی جمعیت ایرانی انجام شد، نتایج بیان‌کننده آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (غرابی، ۱۳۷۲).

۲. مقیاس احساس تنهایی:

این مقیاس ۳۸ گویه دارد که دهشیری و همکاران (۱۳۸۶) طراحی کرده‌اند و گویه‌های آن در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «خیلی زیاد» تا «خیلی کم» قرار دارد و نمره‌گذاری مقیاس از صفر تا چهار است. به منظور بررسی اعتبار مقیاس احساس تنهایی و سه زیر مقیاس از آن روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای زیر مقیاس احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۹، برای زیر مقیاس احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸، و برای زیر مقیاس نشانه‌های عاطفی احساس تنهایی ۰/۷۹ گزارش شده است. به منظور اعتبار بازآزمایی، این مقیاس در میان ۳۷ نفر از شرکت کنندگان با فاصله زمانی دو هفته اجرا شده است و همبستگی بین نمرات دوبار اجرا محاسبه شده است. ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای زیر مقیاس احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۳، برای زیر مقیاس احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس نشانه‌های عاطفی احساس تنهایی ۰/۸۴ بود. همبستگی این مقیاس با مقیاس احساس تنهایی UCLA^۱ برابر با ۰/۶ و با مقیاس افسردگی بک برابر با ۰/۵۶ بود که بیان‌کننده روایی همگرایی است و این مقیاس شامل سه زیرمقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی است.

خلاصه‌ای از درمان میان فردی در گروه آزمایشی به شرح زیر بود:

گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان میان فردی را به صورت گروهی دریافت کردند

که شامل بسته آموزشی درمان کوتاه مدت روابط میان فردی ویسمن و همکاران (۲۰۰۰) بود و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند و پژوهشگر متعهد شد که پس از پایان کاربست گروه آزمایش، همین دوره درمانگری را در میان گروه کنترل نیز اجرا کند. بعد از درمان، مجدداً احساس تنهایی و افسردگی کلیه دانشجویان گروه آزمایش و کنترل اندازه‌گیری (پس‌آزمون) شد و سپس داده‌ها با استفاده از برنامه نرم‌افزار آماری SPSS پردازش شد. این بسته آموزشی درمان کوتاه مدت درمان میان فردی در ۱۲ جلسه به شرح زیر اجرا شد:

جلسه اول: خوش‌آمدگویی، معارفه، اعلام مقررات حضور در گروه، ارزیابی اولیه (پیش‌آزمون)، تشریح وظایف رهبر گروه.

جلسه دوم: معرفی مؤلفه‌های درمان میان فردی، اهداف درمان، تمرکز بر نقش یادگیری در تغییر رفتارهای فعلی در درمان میان فردی.

جلسه سوم: توضیحاتی مختصر درباره افسردگی، احساس تنهایی و ارتباط آن‌ها با چهار مؤلفه IPT.

جلسه چهارم: معرفی اولین مؤلفه IPT (اندوه)^۱ و تشریح فرایند سوگواری بهنجار و تأثیر آن بر روابط میان فردی.

جلسه پنجم: تعریف مشاجرات میان فردی و تعارضات^۲ (دومین مؤلفه)، چگونگی پیدایی آن‌ها در روابط میان فردی.

جلسه ششم: تعریف ارتباط میان فردی، اجزاء و ویژگی‌های آن.

جلسه هفتم: معرفی روش‌های شناسایی مشاجرات و تعارضات و کنترل و مدیریت آن‌ها.

جلسه هشتم: توضیح انتقال نقش^۳ (سومین مؤلفه) و تأثیر آن بر روابط میان فردی. معرفی انواع مقابله‌ها در موارد مختلف انتقال نقش در زندگی و پذیرش این تغییرات.

جلسه نهم: معرفی کاستی‌های روابط میان فردی^۴ (مؤلفه چهارم)، فقر رابطه، مراحل

-
1. Grief
 2. Conflicts
 3. Role Transition
 4. Deficit Relationship

سه‌گانه رابطه.

جلسه دهم: تأثیر روابط کلامی و غیرکلامی در ارتباط میان فردی، شیوه‌های شناسایی نقایص در ارتباط میان فردی.

جلسه یازدهم: تعریف یک ارتباط میان فردی سالم و منطقی و ویژگی‌های آن، شیوه‌های رفع کاستی‌ها در روابط میان فردی.

جلسه دوازدهم: بیان انتظارات مراجعان قبل از شرکت در جلسات و میزان تأمین انتظارات آن‌ها پس از شرکت در جلسات، بیان میزان تأثیر مطالب ارائه شده بر زندگی و روابط میان فردی روزمره آن‌ها، ارزیابی ثانویه (پس‌آزمون).

یافته‌ها

در این پژوهش دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۳۲-۲۳ سال گسترده شده بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۵/۶۱ و گروه کنترل ۲۶/۵۳ سال بود.

به‌منظور تعدیل تأثیر اجرای پیش‌آزمون بر نتایج پس‌آزمون، اثر نمرات پیش‌آزمون با تفاضل آن‌ها از روی نمرات پس‌آزمون افسردگی محاسبه شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی‌مانده با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل مقایسه شدند که نتایج آن برای نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش معنادار است ($p < 0.05$). به عبارت دیگر درمان میان‌فردی افسردگی دانشجویان را کاهش داده است.

جدول ۱: آزمون t برای مقایسه تفاوت تفاضل میانگین‌های افسردگی نمرات دو گروه آزمایش و گواه

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۱۷/۴۶	۵/۷	۵/۹۰۲	۲۴	۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون	۸/۶۱	۶/۳۵			
پس‌آزمون	۲۲/۰۷	۳/۲۷			
گواه	۲۵/۱۵	۴/۷۴			

همچنین نتایج نمرات احساس تنهایی و هر یک از زیرمقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آزمون t برای مقایسه تفاوت میانگین احساس تنهایی و زیرمقیاس‌های دو گروه آزمایش و گواه

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	SD	M	گروه
۰/۰۰۱	۲۴	۳/۷۳۸	۲۹/۶۳	۶۳/۷۶	پیش آزمون
			۲۰/۶۵	۴۳/۶۱	پس آزمون
			۱۱/۲۳	۷۸/۱۵	پیش آزمون
			۱۰/۶۷	۷۹/۴۶	پس آزمون
۰/۰۰۵	۲۴	۳/۰۷۷	۱۲/۲۱	۲۸/۸۴	پیش آزمون
			۱۰/۱۹	۱۵/۷۶	پس آزمون
			۱۱/۵	۲۵/۲۳	پیش آزمون
			۱۱/۰۸	۲۵/۵۳	پس آزمون
۰/۰۹۶	۲۴	-۰/۰۴۹	۸/۳۲	۱۸/۳۸	پیش آزمون
			۹/۰۶	۱۸/۶۹	پس آزمون
			۷/۳	۳۰/۹۲	پیش آزمون
			۶/۸۳	۳۱/۱۵	پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۲۴	۷/۳۶۲	۶/۸۳	۱۶/۵۳	پیش آزمون
			۵/۵۲	۹/۱۵	پس آزمون
			۵/۹۸	۲۲	پیش آزمون
			۶/۸۳	۲۲/۷۶	پس آزمون

پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، عامل بین گروهی (درمان میان فردی) بر احساس تنهایی و مؤلفه‌های آن (احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، نشانه‌های عاطفی احساس تنهایی) اثر معناداری دارد. تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پرسشنامه احساس تنهایی بیان‌کننده آن است که میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنادار دارند، به طوری که درمان میان فردی به کاهش احساس تنهایی آزمودنی‌های گروه آزمایش منجر شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر یک پژوهش بالینی و جزء طرح‌های نیمه آزمایشی است که با هدف بررسی اثر بخشی درمان میان فردی گروهی بر احساس تنهایی و افسردگی دانشجویان دختر افسرده تنظیم شده است. این پژوهش در میان ۲۶ دانشجوی دختر انجام شد که واجد معیارهای تشخیصی DSM-IV بر اساس مصاحبه بالینی بودند.

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران همسوست. از جمله با

یافته‌های ویلفلی و همکاران (۲۰۰۲)، مافسون و همکاران (۲۰۰۴) همسو است. آن‌ها به مطالعه اثربخشی دو درمان میان فردی و شناختی - رفتاری با گروه کنترل اقدام کردند. نتایج حاکی از آن بود که درمان میان فردی در افزایش حرمت به خود و سازگاری اجتماعی بیماران مؤثرتر بوده است. همچنین، نتایج پژوهش‌های چان (۲۰۰۵)، روی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی نظیر سرطان، بیماری قلبی - عروقی و ایدز مثبت و نشان دهنده کاهش معنادار و ملاحظه‌پذیر نشانه‌های افسردگی نسبت به گروه کنترل بود. بنابراین، در تبیین این یافته می‌توان به این مسأله اشاره کرد که افسردگی در بافت بین فردی رخ می‌دهد. زندگی بین فردی نیز بر خلق و تمامی رفتارهای فرد تأثیر می‌گذارد و خلق به نوبه خود بر نحوه ایفای نقش فرد اثرگذار است. در جلسات درمانی بر شناسایی حیطه‌های مشکلات میان فردی و تعارضات، چگونگی پیدایی آن‌ها، انتقال نقش و تأثیر آن بر روابط، کاستی‌های روابط میان فردی، شیوه‌های شناسایی نقایص در ارتباط میان فردی و ایجاد یک ارتباط میان فردی سالم و منطقی تأکید شد. آموزش این مهارت‌ها در داخل شبکه‌ای از خدمات نظیر مداخلات مبتنی بر تکالیف و گروهی بودن می‌تواند نقش حمایتی مهمی در جهت کاهش افسردگی داشته باشد. بنابراین، این درمان با تمرکز بر تعارضات و مشکلات بین فردی که موجب تعارض و آشفتگی‌های روان‌شناختی در فرد می‌شود، به اصلاح ارتباطات، تعدیل انتظارات، ایجاد ارتباطات مؤثرتر و رفع مشکلات بین فردی منجر می‌شود. در مجموع، این درمان کمک می‌کند افراد مهارت‌های بسیاری را کسب کنند که در موقعیت‌های اجتماعی به حل مسأله اقدام کنند که اکثر این مهارت‌های به کار برده شده توسط بیماران نیز منطقی هستند. افراد در کشف راه حل‌های جدید و به کارگیری آن‌ها در موقعیت‌های مختلف اجتماعی و در صورت لزوم تغییر و واریاسی راه حل‌ها، عملکرد بهتری را از خود نشان می‌دهند. آن‌ها تشویق می‌شوند روابط و ارتباطات جدید را تمرین کنند و مهارت‌های حل مسأله شخصی را بیاموزند (وردلی و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین، درمان میان فردی با به کارگیری رویکردی فعال و مبتنی بر آموزش حل مسأله به ارتباطات بهتر و در نهایت کاهش نشانه‌های افسردگی در فرد منجر می‌شود. مراجع نقش فعالی در درمان بر عهده دارد و با پیش رفتن درمان، نقش او نیز فعال‌تر می‌شود. همچنین فرایند درمان میان فردی به مانند یک الگو برای ایجاد تغییر در فرد عمل می‌کند. در بعد روانی - آموزشی با ایجاد و گسترش شایستگی‌ها و مهارت‌های فرد، مراجع مهارت‌های بین فردی را می‌آموزد که می‌تواند

در موقعیت‌های اجتماعی راهکارهای مختلف را در هنگام برقراری ارتباط با افراد مهم در زندگی خود به‌طور فعال به کار گیرد.

همچنین یافته‌ی دیگر پژوهش حاکی از کاهش معنادار احساس تنهایی دانشجویان بود. با توجه به نظریه‌ی روان‌شناختی رشد و تحول اریکسون^۱ (۱۹۶۳) که بر اهمیت روابط اجتماعی به‌عنوان یک نیروی غریزی در تکامل انسان تأکید دارد و همچنین نظریه‌ی میجوسکوئیک (۱۹۸۸) که نقش پر قدرتی برای نیروی انگیزشی روابط اجتماعی قائل است و دیدگاه تفاوت‌های شناختی پیلانو و پرلمن (۱۹۸۲) که در این رویکرد، تنهایی به‌عنوان فقدان تناسب ادراک شده بین موقعیت اجتماعی ایده‌آل و موقعیت اجتماعی موجود به وجود می‌آید که در نتیجه خطاهای شناختی فرد است و دیدگاه‌های تعامل‌گرا که بر این عقیده هستند که تنهایی از تأثیر متقابل عوامل فرهنگی و موقعیتی ناشی می‌شود (ویس، ۱۹۸۲)، در این پژوهش با آموزش مهارت‌های انتقال نقش که یکی از تکنیک‌های روان‌درمانی برای برقراری و ایجاد روابط با دیگران است، آزمودنی‌ها تلاش می‌کنند با دیگران در موقعیت‌های دنیای بیرون ارتباط برقرار کنند و احساس تنهایی آن‌ها کاهش می‌یابد. معمولاً فرد افسرده از مسائلی که به افسردگی منجر می‌شود آگاهی ندارد و حتی زمانی هم که به وجود آن‌ها هشیار می‌شود، با آن‌ها به شکل چیزهایی رفتار می‌کند که هستند و تغییر ناپذیرند. بنابراین، آموزش و به‌کارگیری راه‌های مناسب و راهکارهای درمانی برای تغییر این نگرش‌ها امری است که به فرد کمک می‌کند تا خود این مهارت‌ها را عمیقاً درک کند و برنامه‌ای را برای تغییر این زمینه‌سازها طراحی کند و در پی برقراری رابطه با دیگران و آزمون مهارت‌های آموخته شده برآید.

همچنین در این پژوهش دو زیرمقیاس احساس تنهایی یعنی احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده و نشانه‌های عاطفی احساس تنهایی نیز کاهش معناداری را نشان دادند. بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نتایج نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها در ارتباط با خانواده و برقراری ارتباط عاطفی با دیگران بهبود ملاحظه‌پذیری داشته‌اند و این کاهش احساس تنهایی در سه بعد موقعیت‌های اجتماعی مختلف نیز تأثیرگذار بوده است. بنابراین، درمان میان فردی با آموزش مهارت‌هایی نظیر

مهارت‌های اجتماعی، استفاده از خودآموزی به‌منظور هدایت رفتار، مهارت‌های ادراک اجتماعی، استفاده از مهارت‌های حل مسأله اجتماعی، جایگزینی افکار مؤثر و مثبت به جای افکار ناکارآمد و منفی و مهارت‌های تنش‌زدایی و مواجهه به‌منظور مهار اضطراب اجتماعی در پی افزایش کفایت بین فردی است. در فرایند درمان نشانه‌های اختلال و در نتیجه روابط اجتماعی و خانوادگی مراجع بهبود می‌یابد.

البته، شایان ذکر است که پژوهش‌های جامع‌تری اثربخشی درمان میان فردی بر احساس تنهایی را بررسی نکرده است. در پژوهش فوق نیز تنها یکی از مؤلفه‌های درمان میان فردی را بر گروهی افراد افسرده اجرا کردند و به این نتیجه رسیدند که بین خودکارآمدی اجتماعی و احساس تنهایی رابطه وجود دارد و با آموزش این مهارت‌ها دریافتند که احساس تنهایی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش ملاحظه‌پذیری داشته است.

در نهایت درمان بین فردی با آموزش مهارت‌های اجتماعی - رفتاری و ادراک اجتماعی، آموزش استفاده از خودآموزی به‌منظور هدایت رفتار و آموزش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و جایگزینی افکار مؤثر و مثبت به جای افکار ناکارآمد و منفی الگویی را برای فرد ترسیم می‌کند و به کاهش افسردگی و آزرده‌گی‌های روانی - جسمانی منجر می‌شود. این درمان به‌طور مستقیم تأکید بر برقراری ارتباط با دیگران دارد و مهارت‌های مختلف در این زمینه را آموزش می‌دهد. به بیمار کمک می‌کند تا تعاملات خود را بررسی و ارزیابی مجدد کند، مهارت‌های اجتماعی را در بافت بین فردی ارتقاء می‌دهد و بر رشد این مهارت‌ها تمرکز دارد (ویسمن و همکاران، ۲۰۰۷).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش حجم نمونه کم بود که تعمیم‌پذیری نتایج را با احتیاط بیشتر همراه خواهد کرد و اینکه این مطالعه دوره پیگیری نداشته است. لذا پیشنهاد می‌شود که با توجه به نقش مؤثر این درمان، این مطالعه با اختلال‌ها و نمونه‌های دیگر یا سایر طرح‌های آزمایش یا مقایسه‌ای انجام شود.

منابع

ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۴). آزمون‌های روان‌شناختی، ارومیه: باغ رضوان. دهشیری، غلامرضا، برجعلی، احمد، شیخی، منصوره و حبیبی عسگرآبادی، مجتبی (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۲۸۲، ۴۷-۲۹۶.

رجبی، غلامرضا، عطاری، یوسفعلی و حقیقی، جمال (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤالهای پرسشنامه بک روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۸ (۳-۴)، ۴۹-۶۶.

غرایبی، بنفشه (۱۳۷۲). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلابه همبودی اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انیستیتو روانپزشکی تهران. کرک و کلارک (۱۳۷۶). رفتار درمانی شناخت، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، تهران: ارجمند. مارنات، گروث، جی (۱۳۷۵). راهنمای سنجش روانی، ترجمه پاشا شریفی و نیکخو. جلد اول. رشد. تهران.

وهاب‌زاده، عبدالوهاب، مالک، ایوب و خراسانی، ملیحه (۱۳۷۷). تعریف و تحمل فشار روانی در بین جمعیت‌های مذهبی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴، ۴۹-۵۵.

- Asher, S.R., & Paquette, J.A. (2003). "Loneliness and peer relations in childhood". *Current Directions in Psychological Science*, 12, 75-78.
- Beck, A.T., Steer, R.N., Garbing, M.G. (1988). (1974). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Carrillo, J.M., Rojo, N., & Staats A.W. (2004). Women and vulnerability to depression: some personality and clinical factors. *Span Journal Psychology*, 7(1): 29-39.
- Chan, R.T. (2005). Interpersonal psychotherapy as a treatment model for depressed adolescents with chronic medical problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 88-101.
- Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. A. Peplau and D. Perlman. Editors, *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley, New York, 291-309.
- Darvison, G.C. & Neale, J.M. (1994). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., et al. (1995). Initial severity and differential

- treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J. Consult. Clinical Psychology*; 63: 841-847.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*, (2nd Ed.). New York: Norton.
- Hawkley, L.C., Burleson, M.H., Bernston, G.G., & Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context and health behaviors. *Journal of personality and social psychology*, 85, 105-120.
- Henrich, L.M., & Gullone E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*; 26: 695-718.
- Hymel, S., Tarulli, D., Hayden Thompson, L., & Terrell-Deutsch, B. (1999). *Loneliness through the eyes of children*. In K.J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence*. Cambridge, England: Cambridge university press. pp. 80-106.
- Jones W. H. (1982). Loneliness and social behavior. In L. A. Paplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 238-252.
- Jones, W.H. (1981). Loneliness and Social contact. *Journal of Social psychology*, 113, 295-296.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Jason Aronson Press, London.
- Mijuskovic, B. (1988). Loneliness and adolescent alcoholism. *Adolescence*, 23, 503-516.
- Mufson, L., Dorta, K.P., Moreau, D., & Weissman, M.M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents*. (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Martin, J., & Samoilov, A. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies, *child adolescent Psychiatry*, 33 (5), 695-705.
- Mufson, L., Weissman, M.M., Moreau, D., Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 573-579.
- Neto, F., & Barros, J. (2000). Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. *Journal of Psychology*, 134, 503-514.
- Parkhurst, J.T., & Hopmeyer, A. (1999). *Developmental change in the source of loneliness in childhood and adolescence: constructing a theoretical model*. In K. J. Rothenberg and Hymel (eds.), *loneliness in childhood and adolescence*. Cambridge, England: Cambridge university press.
- Peplau & Perlman (1982). *Loneliness a source book of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Rotenberg, K. J. (1994). Loneliness and interpersonal trust. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 152-173.
- Shaver, P. R., & Brennan, K. A. (1991). Measures of depression and loneliness. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrights man (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes: Measures of social psychological attitudes*

- (Vol. 1, pp. 195–289). San Diego, CA: Academic Press.
- Tang, T.C., Jou, S.H., Ko, C.H., Huang, S.Y., & Yen, C.F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and par suicide behaviors, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 63: 463–470.
- Verdeli, H., Clougherty, K., Onyango, G., Lewandowski, E., Speelman, L., Betancourt, T.S., Neugebauer, R., Stein, T.R., Bolton, P. (2008). Group Interpersonal Psychotherapy for Depressed Youth in IDP Camps in Northern Uganda: Adaptation and Training, *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 17, 605–624.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weissman, M. M, Markowitz, J.C., &Klerman, G.L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., &Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Basic Books Press, New York.
- Wheeler, L., Reis, H., &Nezlek, J. (1983).Loneliness, social interaction, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 943–953.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., &Spurrell , E.B. (2002). A randomized comparison of group cognitive- behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with Bing- eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-722.
- Wright, S.L. (2005). Loneliness in the workplace. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Canterbury.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی