

زوج‌درمانی سیستمی  
برای افسردگی

# فهرست

۷.....	قدردانی .....
۹.....	مقدمهٔ دیوید کمپل و رُز دراپر .....
۱۱.....	مقدمهٔ جیان فرانکو چکین .....
۱۵.....	مقدمهٔ جولیان لیف .....
۱۷.....	پیش‌گفتار .....
۱۹.....	فصل اول: کارآزمایی درمان افسردگی لندن: طرح و یافته‌ها.....
۲۸.....	فصل دوم: راهنمای درمان .....
۵۹.....	فصل سوم: کار با افسردگی: بخش یکم.....
۸۸.....	فصل چهارم: کار با افسردگی: بخش دوم .....
۱۰۴.....	فصل پنجم: زمینه‌ها و متغیرها .....
۱۲۹.....	پس‌گفتار .....
۱۳۳.....	منابع .....

## قدردانی

از جولیان لیف و گروهش در مؤسسه روان‌پزشکی لندن سپاس‌گزاریم که تصمیم گرفتند پژوهش‌شان را بر درمان سیستمی متمرکز کنند و به بالاترین استانداردهای علمی پای‌بند بودند. حمایت‌هایشان برایمان دلگرم‌کننده بود.

## مقدمه

### دیوید کمپل و رز دراپر

از چاپ کتاب «زوج درمانی سیستمی برای افسردگی» هیجان زده ایم زیرا بر مبنای پروژه پژوهشی جدیدی نوشته شده که در پی محک اثربخشی درمان سیستمی بود. خانواده درمانی/درمان سیستمی از خبر پروژه السا جونز و ایا آسن و نتایجش به وجد آمد و با اشتیاق زیاد از آن استقبال کرد. پژوهش آنان متهورانه، نوآورانه و لازم بود. وقتی نتایج پژوهششان را شنیدیم، بسیاری پرسیدیم «چطور انجامش دادید؟» و این کتاب پاسخ آنان به همین پرسش است.

کتاب درباره زوج درمانی، مفهوم پردازی و کاربست آن نوشته شده و در خلال آن همواره گوشه چشمی به درمانگران دارد. جونز و آسن با توصیف فنونی که در کارشان به کار بستند و با تحلیل مفصل چند مورد، درمان زناشویی خود را در دسترس متخصصان قرار داده و فرآیند درمان را برایشان روشن کرده اند. با اینکه درمان در چارچوب راهنما ارائه شد، نویسندگان رویکردهای متنوعی استفاده کردند و این تنوع در گفت و گوهای آخر کتاب به طور کامل بررسی و روشن شده است.

ویراستاران مفتخرند کتابی را در مجموعه خود آورده اند که درک عمیق پژوهشگر را با میل درمانگر به کمک به تغییر آدمها در هم می آمیزد. درمانگران زیادی در بخش عمومی کار می کنند که همواره مدیران مالی از آنان می خواهند شواهدی ارائه کنند که درمان ارزش هزینه هایش را دارد. اگر قرار است درمان های سیستمی آتیه ای در خدمات عمومی داشته باشند باید به این سؤال پاسخ دهد و این کتاب نه تنها به این سؤال پاسخ می دهد، توضیح مفصلی از کار اثربخش تر با زوجها به درمانگران پیش کش می کند.

## مقدمه

### جیان فرانکو چگین

کتاب السا جونز و ایا آسن به درمانگران سیستمی فرصت می‌دهد دربارهٔ مسائل زیادی بیندیشند که معمولاً منبع بحث و مناقشه هستند. یکی از پرسش‌های مهم این است که درمانگر سیستمی چقدر می‌تواند محدودیت را تحمل کند، زیرا او معمولاً متهم می‌شود به:

۱. نداشتن طرح درمان معین و فرار از هدف محوری؛
۲. بی‌نیازی از تشخیص دقیق برای ادامهٔ درمان؛
۳. اتخاذ موضع بی‌طرف در اکثر مواقع؛ یعنی اتخاذ پائین‌ترین سطح برانگیختگی در مواجهه با کارهای وحشتناکی که بشر با هم‌نوعش انجام می‌دهد؛ و
۴. راهبردی نبودن؛ یعنی نداشتن خودانگیختگی.

در عوض، ما در این پروژه پژوهشی ارزش بالای ایجاد محدودیت‌های مصنوعی را تحسین می‌کنیم که اثر تناقضی در دادن آزادی به درمانگر دارند.

عوامل مستقل (گروه پژوهشگران) مرز را ایجاد می‌کنند. این مرزها باعث می‌شود:

- متخصصان روان‌پزشکی تشخیص دهند؛
- مؤسسه (بیمارستان روانی یا مرکز روان‌پزشکی) که گروه پژوهشگران تعیین می‌کنند؛
- هدف خاص پروژه پژوهشی برای همه قابل درک باشد؛ خاصه اینکه آیا همکاران می‌توانند به کسانی کمک کنند که از بیماری رایج، شناخته‌شده و ویرانگر افسردگی رنج می‌برند؟

فرصت ایجاد قوانین دقیق با نیاز به پیروی موبه‌مو از ملاک‌های پژوهشی فراهم می‌شود. مثلاً یکی از قوانین این است که تعداد جلسه‌ها نه بر اساس نیاز مراجع، که به اقتضای پروژه پژوهشی تعیین می‌شود. این امر در مورد طول درمان (۹ ماه) و انعطاف‌پذیری شرکت‌کنندگان در پروژه (مثلاً اینکه در چند جلسه زوجی یا فردی می‌توانند شرکت کنند) نیز صادق است.

در بین همه این محدودیت‌های خودساخته مدل پژوهشی، همان‌طور که از سرتاسر کتاب پیداست، السا و ایا با آزادی و خلاقیت بالایی عمل کردند. این دو نویسنده که سبک، جهت‌گیری و نگرش‌شان از زمین تا آسمان فرق می‌کند، کنترل‌شان را راحت و با آرامش در روایت‌های اسرارآمیز و متناض درمانجویان حفظ می‌کنند؛ روایت‌هایی که یا تراژدی‌اند، یا طنز، یا هر دو.

درمانگر مسئول نتایج پژوهش نیست، بلکه مطالعه نتایج وظیفه پژوهشگر است، او نباید هدفی جز درک این داشته باشد که درمان بر فرد افسرده اثربخش است یا نه. درمانگر فی‌نفسه مؤلف نیست چیزی را ثابت کند. تنها کاری که می‌کند این است که در بافت‌های دیگر نیز یکسان رفتار کند. اگر السا و ایا نیز متوجه می‌شدند نتایج پژوهش‌شان در واقعیت مثبت نیست، رفتارشان را تغییر می‌دادند.

الزام جالب دیگر مدل پژوهشی این است که درمان به اصطلاح سیستمی باید توسط مشاهده‌گر مستقلی تأیید شود. گروه پروفیسور لیف با مرور جلسه‌های ضبط‌شده اعلام کردند سبک جلسه‌های آنان به وضوح با سبک درمانگران شناختی یا دارودرمانگران فرق دارد. حتی اگر السا و ایا با هم تفاوت داشته باشند، باز هم باید اصولی باشد که هر دو به آن پای‌بند باشند. به جرأت معتقدم این اصول کلاسیک‌اند: باور به اینکه جهانی که می‌بینیم جهان ارتباطات است، در آن مردم وجود دارند، بازی می‌کنند و در رابطه با همدیگر رنج می‌کشند و وظیفه درمانگر کنجکاو درباره و علاقه به معضلات درمانجویان است بدون اینکه بخواهد الزاماً آنان را تغییر دهد.

با این استدلال‌هاست که سبک‌های دو نویسنده منسجم می‌شود: سبک سریع و طعنه‌آمیز ایا، یا مداخله‌السا در رنج درمانجو. خشم‌السا در مواجهه با خشونت، سوءاستفاده و فقر از طریق همین استدلال‌ها ظهور می‌کند. معتقدم همه اینها نشان می‌دهد افراد می‌توانند آزادانه سبک‌شان را به کار ببرند بی‌آنکه چشم‌شان را روی اصول بنیادین تفکر سیستمی ببندند.

یکی از مشکلات مان (درباره اهمیت توانایی کار کردن و ارائه تشخیص) در اینجا هوشمندانه حل شده است. درمانگران سیستمی همیشه تردید داشتند مبادا برچسب‌زدن از طریق تشخیص به مشکلات افراد دامن بزند. گاه تشخیص باعث می‌شود فرد به یک منحرف، بیمار روانی، یا مجرم تبدیل شود. در این کتاب هیچ تلاشی برای برداشتن تشخیص‌هایی نمی‌بینیم که گه‌گاه سال‌ها با درمانجویان بوده است. در یکی از مواردی که در کتاب ذکر شده، تشخیص عضوی از خانواده می‌شود و همه آن را به عنوان همراه همیشگی و اجتناب‌ناپذیر زندگی می‌پذیرند.

شاید پژوهش‌جویان و آسن این واقعیت شگفت‌انگیز را بازتاب می‌دهد: درمان‌هایی که با وجود محدودیت‌های شدید (موارد ارجاعی از دادگاه، مشورت با زندانیان، یا درمان در بیمارستان‌های روانی) انجام می‌شوند گاه نتایج بهتری از درمان‌هایی به دست می‌آورند که در شرایط مبتنی بر همکاری انجام شده است. همچنین، می‌توان گفت درمانگر متعهد به اصول و قوانین بسیاری است که بعضی از آنها رهاننده‌اند، مثلاً درمانگر مجبور نیست در درمان افراد موفق شود. در این کتاب تنها اجبار درمانگر اتمام پژوهش است، حتی اگر برایش ناراحت و دلسردکننده باشد (السا برایتان توضیح خواهد داد).

باور دارم کتاب حاضر محرک خوبی برای آغاز پژوهش‌های مشابه در موقعیت‌های مشابه در حوزه وسیع مراقبت‌های سلامت روان در جامعه است و بابت نوشتنش به نویسندگان تبریک می‌گویم.

## مقدمه

### جولیان لیف

کار با خانواده‌ها با هدف ایجاد تغییر راهی آموزنده برای یادگیری درباره سیستم‌های خانواده و نحوه عملکرد آنهاست. در این صورت، درمانگر سیستم را به دقت کاوش می‌کند. درمانگر تب‌سنج نیست که صرفاً ابزاری برای سنجش خانواده باشد، بلکه او بر خانواده اثر می‌گذارد و از آن اثر می‌پذیرد. درمانگران حساس هم تأثیر خود را بر خانواده و هم تأثیر خانواده را بر خود ثبت کرده و از آن اطلاعات برای تدوین مداخله سود می‌برند. با وجود این، به ندرت اتفاق می‌افتد که درمانگران تجربه خود را به روشی نظام‌مند بنویسند تا از آنها به عنوان راهنما پیروی کنند. این بی‌میلی کلی به نوشتن تجربه‌ها احتمالاً از اعتقاد درمانگر به ویژگی‌های شخصیتی یگانه‌ای نشأت می‌گیرد که بیان‌شان دشوار است. وقتی من و همکارانم در دهه ۱۹۷۰ کارمان را آغاز کردیم، حین کار با خانواده‌های اسکیزوفرن در کارآزمایی‌های تصادفی کتابچه راهنما تهیه نکردیم. نه به دلیل نگرش‌های نخبه‌گرایانه، بلکه به این دلیل که پا در قلمرویی نامعلوم گذاشته بودیم. با اصلاح مداخله اصلی‌مان که بعد از ۱۵ سال آزمون و خطا به دست آمد، اعتمادبه‌نفس کافی برای انتشار کتابچه راهنما پیدا کردیم (کوپیروز، لیف و لام، ۱۹۹۲).

کتابچه راهنمای ما مبنای دوره آموزشی‌مان برای کار با خانواده‌های اسکیزوفرن شد که در حال حاضر یکی از کتابچه‌های راهنمای اصلی در Thorn Initiative است. انگیزه تدوین برنامه آموزشی بعد از شناخت دقیق هزاران خانواده در انگلستان به سرمان زد که از اقوام اسکیزوفرن خود مراقبت می‌کردند و از متخصصان کمک نمی‌گرفتند. اما قبل از تدوین دوره آموزشی، باید نشان می‌دادیم مداخله مؤثر است. شواهد آن نه تنها از دو کارآزمایی کنترل‌شده ما، که از پژوهش مشابهی به دست آمد که



گروه‌هایی در آمریکا، انگلستان و چین انجام دادند. توالی گام‌هایی که در پژوهش انجام دادیم بسیار مهم است زیرا موفقیت آن درباره اسکیزوفرنیا ما را متقاعد کرد همان برنامه را برای افسردگی نیز به کار بندیم.

اولین گام ایجاد رابطه بین نگرش‌های هیجانی اقوام (با نام هیجان ابرازشده) و وضعیت روانی است. تهیه شواهد کافی از اثربخشی این روش مستلزم مجموعه پژوهش‌هایی با نتایج پایدار است. گام بعدی طراحی مداخله برای اصلاح رابطه مراقب و درمانجوست. با موفقیت در این کار، باید مهارت‌های لازم شناسایی و با برنامه‌های آموزشی به متخصصان آموزش داده شود. با شکل‌گیری ارتباط هیجان ابرازشده اقوام با دوره افسردگی درمانجو، برای ورود به مرحله دوم یعنی طراحی و آزمون مداخله آماده شدیم. می‌دانستیم تخصص لازم برای دستیابی به این هدف در درمان سیستمی وجود دارد، پس سراغ دو تن از بزرگ‌ترین متخصصانش در انگلستان، یعنی نویسندگان کتاب پیش رو، رفتیم. از پژوهش‌مان درباره اسکیزوفرنیا آموخته بودیم بهتر است فرآیند را با کتابچه راهنما آغاز کنیم، نه تمام. پس ایا و السا را متقاعد کردیم این وظیفه مهم را به دوش بکشند. تلاش آنان برای اجابت درخواست‌های ما در فصل‌های یک و دو مستند شده است.

این کتابچه راهنما دو هدف عمده دارد: (۱) می‌تواند شالوده برنامه آموزشی در زوج‌درمانی سیستمی باشد که به نظر ما مرحله بعدی کار با افسردگی است. همچنین (۲) فنون متنوع به کار رفته را به نمایش می‌گذارد که می‌تواند راهنمای نسل بعدی پژوهش‌هایی باشد که در پی شناسایی مؤلفه‌های ضروری برای تبیین اثربخشی فنون است. برنامه پژوهشی درباره اسکیزوفرنیا ۲۰ سال به طول انجامید تا توانستیم مداخله آن را به درمانگران بیاموزیم. رسیدن به این مرحله پیشرفته در پژوهش‌های افسردگی نیز هیجان‌انگیز است. کتاب حاضر که نتیجه تجربه ناب دو درمانگر کارکشته است، می‌تواند توسعه آن را در آینده تسهیل کند.

## پیش‌گفتار

این کتاب دربارهٔ کاربری تفکر و فنون سیستمی برای افراد افسرده و همسرانشان است. کتاب در پاسخ به علاقهٔ چشم‌گیری نوشته شده که محرک آن یافته‌های یک پژوهش مقایسه‌ای دربارهٔ افسردگی در مجامع روان‌درمانی و روان‌پزشکی بود که سال‌ها پیش اجرا شد و ما نیز شرکت‌کنندگان بودیم. در دو فصل نخست یافته‌های این پروژه پژوهشی و تدوین کتابچهٔ راهنمایی را توصیف می‌کنیم که بستر رویکرد ماست؛ سپس، سراغ توصیف فردی روش‌های کارمان با درمانجویان رفته و با گفت‌وگو دربارهٔ مشاهداتی به پایان می‌بریم که در دورهٔ کاری‌مان داشتیم و دربارهٔ کاربری کلی این رویکرد تأمل می‌کنیم.

ساختار کتاب را می‌توان با استعاره‌های موسیقی بهتر توصیف کرد. فصل اول سمفونی است که صداهای زیادی در آن ترکیب شده است که زمینه و بافت تاریخی و یافته‌های کارآزمایی درمان افسردگی لندن (لیف و همکاران، ۲۰۰۰) را شرح می‌دهد که شالودهٔ کتاب را می‌سازد. فصل دو مثل موسیقی مجلسی است، شاید یک قطعهٔ موسیقی ویالون و پیانو که صداهای هر یک از ما را از طریق تلاش‌مان برای تدوین راهنمای درمانی به گوش خوانندگان می‌رساند. هدف از نوشتن راهنمای مفصل درمانی برآوردن الزامات کارآزمایی پژوهشی و در عین حال نشان دادن چشم‌اندازهای متفاوت ما بود؛ یعنی چشم‌اندازهای گوناگون درمانگران سیستمی از پژوهشگران و تفاوت‌های فردی ما به عنوان درمانگران سیستمی. برخی صداهای پس‌زمینهٔ کتاب به همکاری‌های تعلق دارد که پژوهش‌های مشابه انجام دادند (پوت و همکاران، ۱۹۹۸؛ UKCP، ۱۹۹۹) و طنین صدای کارشان دلگرم‌کننده بود. فصل‌های سه و چهار نیز اجراهای تک‌نفره‌اند که کار ما را با افراد افسرده و همسرانشان به تصویر می‌کشد. این دو فصل مثل هم نیستند زیرا ساختار، رویکرد و سبک متفاوت آنها انعکاس تفاوت‌های فردی درمانگرهاست.

فصل پنج همانند فوگ<sup>۱</sup> است که هر یک از ما به نوبت مواضع فردی مان را به نمایش می‌گذاریم. گاهی یک صدا غالب است و گاهی صدای دیگر؛ گاهی صداها کاملاً هماهنگ‌اند و گاهی چندصدایی اتفاق می‌افتد، حتی گاهی صداها همانند موسیقی مدرن در هم می‌پیچند. در نهایت، با هارمونی خیره‌کننده‌ای به کارمان پایان می‌دهیم.

---

1. fugue (موسیقی که دو یا چند موضوع دارد و به نوبت توسط چند خواننده اجرا می‌شود)

## کارآزمایی درمان افسردگی لندن: طرح و یافته‌ها

برنامه کارآزمایی درمان افسردگی لندن (لیف و همکاران، ۲۰۰۰) در سال ۱۹۹۱ و با هدف مقایسه اثربخشی داروهای ضد افسردگی، درمان شناختی-رفتاری فردی و زوج‌درمانی سیستمی آغاز شد. چند روان‌پزشک درمانجویان «افسرده» را تشخیص می‌دادند و به‌طور تصادفی آنان را در هر مدل درمانی می‌گماردند. با این حال، گروه درمان فردی شناختی-رفتاری در آغاز مطالعه متوقف شد زیرا ریزش بالایی داشت (۸ نفر از ۱۱ درمانجو از مطالعه خارج شدند). مقایسه پایانی بین دارودرمانی و زوج‌درمانی سیستمی انجام شد که در مجموع ۸۸ آزمودنی ملاک‌های پژوهش را داشتند.

یکی از یافته‌های اصلی پژوهش این بود که عملکرد بیماران افسرده‌ای که زوج‌درمانی سیستمی دریافت کرده بودند به‌طور چشم‌گیری بهتر از درمانجویانی بود که داروی ضد افسردگی یا درمان شناختی-رفتاری دریافت کرده بودند. نتایج دلگرم‌کننده زوج‌درمانی ما را واداشت آستین‌هایمان را بالا بزنیم و کتاب پیش رو را بنویسیم.

### زمینه پژوهش

هر پروژه پژوهشی تاریخیچه خود را دارد. آنها در بافت یگانه و به دلایل خاصی شکل

می‌گیرند. جولیان لیف استاد روان‌پزشکی و پژوهشگر نام‌دار بین‌المللی است که سال‌ها مشغول توسعهٔ درک و سودمندی بالینی مفهوم هیجان ابرازشده از طریق پژوهش روی خانواده‌ها و درمانجویان مبتلا به اسکیزوفرنیا بوده است (لیف، کوپرز، برکوویتز، ابرلینفریز و استارگون، ۱۹۸۲). پژوهش‌هایی حامی این فرضیه‌اند که هیجان ابرازشده در کار با درمانجویان افسرده و خویشاوندان اصلی آنان راه‌گشاست. این فرضیه زمینهٔ کارآزمایی درمان افسردگی لندن را با هدف پاسخ به این پرسش فراهم کرد که آیا کاهش هیجان ابرازشدهٔ یک عضو خانواده یا همسر می‌تواند بر کاهش نشانگان افسردگی درمانجوی افسرده مؤثر باشد؟

این همان جایی است که برگ دیگری از تاریخ ورق می‌خورد. جولیان لیف و گروه خدمات خانوادهٔ مارلبورو در میانهٔ دههٔ ۱۹۸۰ در لندن گرد آمدند تا نتیجهٔ اقدام‌های درمانی‌شان را ارزیابی کنند. گروه مارلبورو گروهی از درمانگران‌اند که در موقعیت‌های اجتماعی کار سیستمی می‌کنند. از هیجان ابرازشده به منظور سنجش جنبه‌های رابطهٔ متقابل زوج استفاده شد و پژوهش نشان داد هیجان ابرازشده (و به‌ویژه جمله‌های انتقادی) در زوج‌ها و خانواده‌هایی کاهش یافت که مشکلاتی نظیر اختلالات هیجانی و سلوک کودک، خوردن، ناسازگاری زناشویی و خشونت خانگی نشان می‌دادند. این نتایج ما را برانگیخت رابطهٔ افسردگی و هیجان ابرازشده را مطالعه کنیم تا روشن شود چنین روابطی می‌تواند فنون درمانی را بهبود ببخشد یا نه. ایا آسن یکی از اعضای گروه مارلبورو بود که در این مطالعه حضور داشت (آسن و همکاران، ۱۹۹۱) و در کنار جولیان لیف مطالعهٔ مقدماتی کارآزمایی درمان افسردگی لندن را آغاز کرد. السا جونز بعد از مرحلهٔ مقدماتی به پژوهش پیوست.

از آنجا که کتابچهٔ راهنمای کاربرست درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی با عناصر روان‌آموزشی تدوین شده بود، باید راهنمای کاربرست زوج‌درمانی سیستمی نیز تدوین می‌شد (به فصل دو مراجعه کنید). هیچ مطالعهٔ کنترل‌شده‌ای دربارهٔ اثربخشی درمان سیستمی بر درمانجویان افسرده انجام نشده بود. از آنجا که درمان استاندارده‌ای سراغ نداشتیم، تدوین کتابچهٔ راهنمای کاربرست این درمان پیش‌شرط دریافت کمک‌هزینهٔ پژوهشی از شورای تحقیقات پزشکی بود.

نسخه اول کتابچه راهنما فقط یک صفحه بود و به نظر نمی‌رسید بتواند هنر درمان را به تصویر بکشد. این نسخه مقبول پژوهشگران نیفتاد، زیرا باور داشتند «بسیار مبهم» است. نسخه دوم نقطه متقابل نسخه یکم بود: افزون بر ۱۰۰ صفحه داشت، روی کاغذهای نازک‌تری چاپ شده بود، با وسواس همه اقدام‌ها و فنون درمانی در آن توضیح داده شده و حتی کلمات، تَن صدا و سرعت ادای کلمات نیز تعیین شده بود. حین آزمون این کتابچه راهنما معلوم شد حتی نویسندگانش نیز امید ندارد که بتواند موبه‌مو از آن پیروی کند و مطابق آن پیش برود. السا جونز در این مرحله به پروژه ملحق شد و دیدگاه متفاوتی به پروژه عرضه کرد. در یک دوره نه ماهه، ایده‌ها و فنون جدیدی معرفی شدند و ما (نویسندگان) آنقدر آنها را اصلاح کردیم تا درموردشان به توافق رسیده و به نسخه‌ای برسیم که بتوانیم به آن متعهد شویم.

نگارش کتابچه راهنمای درمانی یک موضوع و وفاداری به آن دیگری است. اگر در پی مقایسه نتایج باشیم، وفاداری به کتابچه راهنما و پروتکل در پژوهش‌ها اهمیت پیدا می‌کند. می‌توان پژوهش را تکرار و تعیین کرد آیا مدل‌های درمانی تفاوت معناداری با هم دارند یا نه. در نتیجه، هر جلسه تصویربرداری شد و ارزیابان مستقلی نوارها را تصادفی برمی‌گزیدند و وفاداری به کتابچه راهنما و صحت درمان را می‌سنجیدند. این کار برای ۱۵ جلسه درمان شناختی- رفتاری به مدت ۱۰۲۶ دقیقه، ۳۸ جلسه زوج‌درمانی به مدت ۱۹۷۱ دقیقه و ۴۷ جلسه دارودرمانی به مدت ۱۴۴۵ دقیقه بود. این پژوهش (شوارزنباخ و لیف، ۱۹۹۵) نتیجه گرفت که می‌توان بین مدل‌های درمانی تمایز آشکاری ایجاد کرد. هر مدل ویژگی‌های خودش و نه سایر مدل‌ها را نشان می‌داد. به علاوه، آنان دریافتند درمانگران به کتابچه راهنما وفادار بودند اما گه‌گاه از فنون سایر درمان‌ها نیز استفاده می‌کردند. با وجود مشکلاتی که در مسیر نگارش کتابچه راهنما پیش آمد، این پژوهش نشان داد می‌توان کاری را که کرده‌ایم طوری وصف کنیم که پژوهش ما را شامل شود اما با سایر مدل‌ها هم‌پوشانی نداشته باشد.

## برنامه کارآزمایی درمان افسردگی لندن

### روش

برنامه کارآزمایی درمان افسردگی لندن شامل سنجش خط پایه اولیه درمانجویان و همسرانشان و مرحله مداخله (درمان) بود. درمانجویان در پایان درمان و پس از دوره ۱۲ تا ۱۵ ماهه‌ای که درمان دریافت نمی‌کردند دوباره ارزیابی می‌شدند. مرحله درمان حداکثر ۹ ماه یا ۲۰ جلسه برای زوج‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری و یک سال درمان با داروهای ضد افسردگی بود. هر درمانجو در گروه درمان خاصی گمارده شده بود و نمی‌توانست هم‌زمان از سایر درمان‌ها بهره‌برد. به عبارت دیگر، درمانجویانی که زوج‌درمانی دریافت می‌کردند دیگر داروهای ضد افسردگی یا روان‌گردان نمی‌گرفتند. درمانگران ۱۲ ماه پس از پایان درمان می‌توانستند حداکثر دو جلسه اضافی برای درمانجویان برگزار کنند.

درمانجویان معیارهای افسردگی را مطابق ارزیابی وضعیت کنونی<sup>۱</sup>، مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون و سیاهه افسردگی بک داشتند. نقطه برش در افسردگی در سیاهه افسردگی بک نمره ۱۱ بود. همسران درمانجویان نیز با کمک سیاهه افسردگی بک و مصاحبه خانوادگی کامبرول<sup>۲</sup> (وان و لیف، ۱۹۷۶) ارزیابی شدند و بیماران و همسران آنان مقیاس سازگاری دوتایی<sup>۳</sup> را تکمیل کردند. همسر درمانجو باید در مصاحبه خانوادگی کامبرول حداقل دو جمله انتقادی (دارای هیجان ابرازشده بالا) به زبان می‌آورد. علاوه بر سنجش‌های خط پایه، همه درمانجویان (و در گروه زوج‌درمانی درمانجویان و همسرانشان) باید به مدت شش هفته سیاهه افسردگی بک را تکمیل می‌کردند تا روند تغییرات خلقی‌شان تعیین شود. پژوهشگران سنجش‌های پی‌گیری را پس از پایان درمان و هر سه ماه یک‌بار و با استفاده از سیاهه افسردگی بک انجام می‌دادند. آزمودنی‌ها را به دلیل معیارهای خروجی نظیر ویژگی‌های روان‌پریشی، اختلال دوقطبی، نشانگان آسیب مغزی و سوءمصرف شدید مواد از پژوهش کنار می‌گذاشتند. آزمودنی‌هایی

---

1. Present State examination  
2. Camberwell Family Interview  
3. Dyadic Adjustment Scale