



Effectiveness of an Adapted Interpersonal Psychotherapy Protocol based on Phenomenological Components of Depressed Iranian Patients in Reducing Interpersonal Problems

Mina Faraji¹ , Mina Mojtabaie² , Malek Mirhashemi³

1. PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: 0060897295@iau.ir
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: Mina.mojtabaie@iau.ac.ir
3. Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: Mirhashemi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 30 July 2025

Received in revised form 13 January 2026

Accepted 17 February 2026

Published Online 23 July 2026

Keywords:

depression,
interpersonal
psychotherapy,
interpersonal problems.

ABSTRACT

Background: Interpersonal problems play a role in the development and persistence of depressive disorder symptoms. Based on previous studies, interpersonal psychotherapy can be helpful in reducing interpersonal problems. Although several studies have confirmed the effectiveness of interpersonal psychotherapy in reducing depressive symptoms, its efficacy in reducing interpersonal problems among depressed individuals—through a protocol adapted based on the phenomenological components of Iranian patients—has not yet been investigated.

Aims: The aim of the present study was to investigate the efficacy of an adapted interpersonal psychotherapy protocol based on phenomenological components of Iranian depressed patients in reducing interpersonal problems.

Methods: The method of this study was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the study included all patients with depressive disorder in Tehran province during the period 2022-2023, among these individuals, 30 people (15 in the experimental group and 15 in the control group) were purposefully selected and then randomly assigned to the experimental and control groups. The data collection tools in this study were the Structured Clinical Interview for Disorders based on DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) and the Inventory of Interpersonal Problems (Barkham et al., 1996). Also, to analyze the research data, the mixed ANOVA method was used using SPSS-27 software at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that the adapted interpersonal therapy protocol based on the an adapted interpersonal psychotherapy protocol based on phenomenological components of Iranian is efficacy in reducing interpersonal problems and its components in people with depressive disorder ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the present study, it is suggested that counseling centers and psychological clinics use an adapted interpersonal psychotherapy protocol based on phenomenological components of Iranian depressed patients to help depressed individuals with interpersonal problems in order to manage emotions and improve interpersonal relationships in clients.

Citation: Faraji, M., Mojtabaie, M., & Mirhashemi, M. (2026). Effectiveness of an adapted interpersonal psychotherapy protocol based on phenomenological components of depressed Iranian patients in reducing interpersonal problems. *Journal of Psychological Science*, 25(161), 1-20. [10.66224/jps.25.161.16](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.16)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 161, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.161.16](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.16)



✉ **Corresponding Author:** Mina Mojtabaie, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

E-mail: Mina.mojtabaie@iau.ac.ir, Tel: (+98) 9124093679

Extended Abstract

Introduction

Depressive disorder is a common and debilitating psychiatric disorder (Garriwet et al., 2024). A depressed person experiences symptoms such as sadness, guilt, loss of interest and pleasure, feelings of inferiority and guilt, decreased self-esteem, sleep problems, suicidal thoughts, mental confusion, appetite problems (overeating and undereating), lack of concentration and forgetfulness, feelings of fatigue and lack of energy, pessimism and hopelessness about the future, and feelings of hatred towards the person, people, or society, and has poor performance in education, work, home, and life in general (Cui et al., 2024). Numerous factors, such as biological and genetic factors, family factors, personality traits, attachment style, negative life events, and interpersonal problems, play a role in the formation and persistence of depressive symptoms (Besharat et al., 2021).

Interpersonal problems are problems that people experience in their relationships with others and are also an important source of mental distress (Boehnke, 2015). The relationship between depression and interpersonal problems is well-established and documented (Akrami et al., 2025; Fonseca et al., 2023; Triscoli et al., 2019; McFarquhar et al., 2018). Previous studies suggest that many of the interpersonal problems faced by depressed patients are related to communication. Depression is usually characterized by an inability to experience pleasure from activities and social contacts (Triscoli et al., 2019).

One of the effective therapeutic interventions for depressed patients involved in psychosocial conflicts in the professional realm or personal or marital life is interpersonal psychotherapy (Mohammadi et al., 2021). Interpersonal psychotherapy views the relationship between mental disorder and interpersonal problems as two-way. Increased isolation and decreased social support for depressed individuals contribute to the persistence of the depressive state, and the goal of this therapy is to reduce this isolation (Lipsitz & Markowitz, 2013). The main goal of this therapeutic approach is to change the clients' interpersonal behavior by employing and cultivating roles in current interpersonal situations (Afrooz et al., 2023). In this regard, Fonseca et al. (2023) found a significant difference in interpersonal problems in their study comparing depressed and non-depressed women. They concluded that when women experience depressive symptoms, they show more interpersonal problems. Bright et al. (2020) also showed that interpersonal psychotherapy, as a therapeutic intervention, is effective in significantly reducing depressive symptoms as well as improving social support, relationship quality/satisfaction, and adjustment.

Although various studies have shown the effectiveness of this type of intervention in improving various problems, this intervention approach has not been translated and applied in a standardized way in Iran, and the cultural aspects of Iranian society that are represented in the interpersonal relationships of depressed patients have not received much attention. Therefore, it is essential to adapt the protocol of this therapeutic approach to include the phenomenal

aspects and lived experiences of Iranian depressed patients in the context of interpersonal relationships. On the other hand, improving interpersonal relationships and social functioning in people with depressive disorder has increasingly received therapeutic attention in modern societies. According to the research background, interpersonal psychotherapy can be very helpful in this regard. Considering what was reviewed, the present study seeks to answer the fundamental question: How Is the adapted interpersonal psychotherapy protocol based on phenomenological components of Iranian depressed patients effective in reducing their interpersonal problems?

Method

The method of this study was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the study included all patients with depressive disorder in Tehran province during the period 2022-2023, among these individuals, 30 people (15 in the experimental group and 15 in the control group) were purposefully

selected and then randomly assigned to the experimental and control groups. The data collection tools in this study were the Structured Clinical Interview for Disorders based on DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) and the Inventory of Interpersonal Problems (Barkham et al., 1996). Also, to analyze the research data, the mixed ANOVA method was used using SPSS-27 software at a significance level of 0.05.

Results

In this study, 30 people with depressive disorder participated. There were 7 men and 8 women in the experimental group and 9 men and 6 women in the control group. The mean and standard deviation of the age of the experimental group were 8.2 and 38.45, respectively, And the mean and standard deviation of the age of the control group were 7.01 and 36.20, respectively. Table 1 presents the results of multivariate analysis of variance (Wilks Lambda statistic) comparing the effect of implementing the independent variable on the interpersonal problems variable and its components.

Table1. Results of multivariate analysis of variance (Wilks Lambda statistic) comparing the two adapted and conventional protocol groups

Variable	Source of effect	Amount	F	df	P	Effect Size	Power of a test
interpersonal problems	Time	0.474	15.003	(2, 27)	0.001>	0.526	0.82
	Group × Time	0.344	25.741	(2, 27)	0.001>	0.656	0.81
	Group	0.127	26.282	(2, 27)	0.001>	0.873	0.84
components of interpersonal problems	Time	0.156	7.688	(2, 27)	0.001>	0.844	0.84
	Group × Time	187	6.179	(2, 27)	0.001>	0.813	0.80
	Group	0.171	5.731	(2, 27)	0.001>	0.811	0.85

The results showed that the interaction effect of time × group on the interpersonal problems variable and its components was significant. This significance of the interaction effect of time × group also showed that the process of changes in different stages (pretest-

posttest-follow-up) in the two groups was accompanied by changes. Next, the results of the mixed ANOVA test to examine the differences between groups in the interpersonal problems variable are presented in Table 2.

Table2. Results of the mixed analysis of the mixed ANOVA test to examine group differences in the interpersonal problems variable

Variable	Source of changes	MS experimental	MS Error	df	F	P	Eta squared	Power of a test
Assertiveness and Sociability	Groups	582.678	27.621	1	21.096	0.001>	0.43	0.82
	Stages	71.144	5.454	2	13.045	0.001>	0.318	0.81
	Interaction of stages with the group	82.478	5.454	2	15.123	0.001>	0.351	0.85
Openness	Groups	80.278	9.549	1	8.407	0.007	0.231	0.7
	Stages	17.344	2.547	2	6.81	0.002	0.196	0.72
	Interaction of stages with the group	23.011	2.547	2	9.035	0.001>	0.244	0.79
Caring	Groups	352.044	7.189	1	48.971	0.001>	0.636	0.75
	Stages	62.533	2.663	2	23.485	0.001>	0.456	0.83
	Interaction of stages with the group	71.244	2.663	2	26.756	0.001>	0.489	0.73
Aggression	Groups	0.184	8.798	1	9.559	0.004	0.254	0.72
	Stages	16.678	3.201	2	5.211	0.008	0.157	0.7
	Interaction of stages with the group	24.7	3.201	2	7.717	0.001	0.216	0.85
Supportiveness and Involvement	Groups	284.444	25.278	1	11.253	0.002	0.287	0.72
	Stages	29.478	5.002	2	5.894	0.005	0.174	0.71
	Interaction of stages with the group	49.811	5.002	2	9.959	0.001>	0.262	0.82
Dependency	Groups	1.878	12.489	1	0.15	0.701	0.005	0.7
	Stages	8.4	2.677	2	3.138	0.051	0.101	0.73
	Interaction of stages with the group	2.311	2.677	2	0.863	0.427	0.03	0.74
Interpersonal Problems	Groups	6283.378	155.602	1	40.381	0.001>	0.591	0.72
	Stages	737.144	40.144	2	18.362	0.001>	0.396	0.75
	Interaction of stages with the group	1276.811	40.144	2	31.805	0.001>	0.533	0.43

The findings in Table 2 showed that the interpersonal therapy group with the adapted protocol and the conventional interpersonal therapy had significant

differences in terms of the variable of interpersonal problems and its components (other than dependency) in the three stages of pre-test, post-test,

and follow-up. Also, the results of the Bonferoni post hoc test in this study showed that there was a significant difference between the reduction of interpersonal problems in patients with depressive disorder in the two groups after interpersonal therapy with an adapted protocol, and interpersonal therapy with an adapted protocol was more effective in reducing interpersonal problems in patients with depressive disorder.

Conclusion

The aim of the present study was to investigate the efficacy of an adapted interpersonal psychotherapy protocol based on phenomenological components of Iranian depressed patients in reducing interpersonal problems. The results of the study showed that the interpersonal therapy protocol adapted to Iranian culture is more effective than the conventional interpersonal therapy protocol in reducing interpersonal problems in Iranian depressed patients. This finding is consistent with the results of studies by Bian et al. (2023), Fonseca et al. (2023), Bright et al. (2020), Duffy et al. (2019).

In explaining the effectiveness of the interpersonal therapy protocol on interpersonal problems of Iranian depressed patients, it can be said that the interpersonal therapy protocol is a type of treatment that has been shown to be effective in treating various mental health disorders, including psychological problems such as depression (Kang et al., 2024). The focus of the interpersonal therapy protocol is on addressing recent stressors, such as interpersonal conflicts, life changes, grief, and is appropriate for individuals who are dealing with many of these disruptive life events (Johnson et al., 2024). This therapy treats the problems of role transfer, communication failure, and

unresolved conflicts by identifying problematic areas in the interpersonal context, making the patient aware of the conflicts, and encouraging the patient to discuss her expectations, which are often biased, and the social support that the patient had lost due to life changes and suppression of emotions and avoidance, such as when a person has problems coping with life changes that require different behaviors or modifications in one or more close relationships, is regained in this treatment (Weizmann 2007, cited in Ahmadi et al., 2022).

An interpersonal psychotherapist helps their patient to overcome the symptoms of depression. Also, one of the important goals of the interpersonal psychotherapist is his or her effort to find methods that, when implemented, help the patient to cope more effectively with the interpersonal problems he or she faces in life and which are related to the appearance of symptoms related to psychological disorders. Therefore, in interpersonal therapy, a person with depression learns how to deal with interpersonal problems and uses it to reduce some interpersonal problems such as aggression, improve sociability, and promote interaction and relationships with others. In addition, it can be said that depressive disorder is one of the disorders that involves interpersonal problems and conflicts, and interpersonal therapy is an effective treatment in reducing interpersonal problems (Markowitz et al., 2014). However, much evidence suggests that cultural characteristics play a decisive role in how interpersonal problems are experienced and how effective treatments are (Bernal et al., 2012). Therefore, it seems that the interpersonal therapy protocol, which has been redesigned based on phenomenological components of Iranian depressed

patients, is more effective in reducing interpersonal problems due to its better adaptation to the interpersonal phenomena of patients.

According to the findings of the present study, it is suggested that counseling centers and psychological clinics use an adapted interpersonal psychotherapy protocol based on phenomenological components of Iranian depressed patients to help depressed individuals with interpersonal problems in order to manage emotions and improve interpersonal relationships in clients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation in Clinical Psychology at Islamic Azad University, Roudehen Branch. The study was approved by the Medical Sciences Ethics Committee of Islamic Azad University under the ethical code: IR.IAU.TM.REC.1401.374. In this research, ethical considerations such as the preservation of participants' information and the right to withdraw have been observed in the entire research process. Also, all the participants participated in the present research by filling out the consent form and knowingly.

Funding: This research was done in the form of a doctoral thesis without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article served as the main researcher, the second author as the supervisor, and the third author as the advisor.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest to be declared in this research.

Acknowledgments: The authors would like to express their sincere appreciation to all participants and the staff of the psychological clinics and treatment centers who collaborated in the implementation of this research.



بررسی اثربخشی پروتکل انطباق یافته روان درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بر کاهش مشکلات بین فردی

مینا فرجی^۱، مینا مجتبائی^۲، مالک میرهاشمی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. رایانامه: 0060897295@iau.ac.ir

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. رایانامه: Mina.mojtabaie@iau.ac.ir

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. رایانامه: Mirhashemi@iau.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۸

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۰/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

افسردگی،

روان‌درمانی بین فردی،

مشکلات بین فردی

زمینه: مشکلات بین فردی در شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های اختلال افسردگی نقش دارند. بر اساس مطالعات پیشین، روان‌درمانی بین فردی می‌تواند در زمینه کاهش مشکلات بین فردی، کمک کننده باشد. اگر چه مطالعات مختلفی اثربخشی این نوع مداخله را بر کاهش علائم افسردگی نشان داده‌اند، اما تا کنون اثربخشی پروتکل درمان بین فردی بر کاهش مشکلات بین فردی افراد افسرده که بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی، باز طراحی شده باشد، مورد بررسی قرار نگرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی پروتکل انطباق یافته روان‌درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بر کاهش مشکلات بین فردی بود.

روش: روش این پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی استان تهران در دامنه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که از بین این افراد، ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به صورت هدفمند انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات بر اساس DSM-5-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) و پرسش‌نامه مشکلات بین فردی (بارخام و همکاران، ۱۹۹۶) بود. شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۱۲ جلسه، تحت روان‌درمانی بین فردی با پروتکل انطباق یافته بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی و گروه گواه نیز در ۱۲ جلسه تحت روان‌درمانی بین فردی متداول برای افسردگی قرار گرفتند. هم‌چنین برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش تحلیل واریانس آمیخته با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-27 در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پروتکل انطباق یافته درمان بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بر کاهش مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی، اثربخش است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی برای کمک به افراد افسرده دارای مشکلات بین فردی از پروتکل انطباق یافته روان‌درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی در راستای مدیریت هیجانات و بهبود روابط میان فردی در مراجعان استفاده شود.

استناد: فرجی، مینا؛ مجتبائی، مینا؛ و میرهاشمی، مالک (۱۴۰۵). بررسی اثربخشی پروتکل انطباق یافته روان‌درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بر کاهش مشکلات بین فردی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۱، ۱-۲۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۱، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.161.16



✉ نویسنده مسئول: مینا مجتبائی، دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. رایانامه: Mina.mojtabaie@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۴۰۹۳۶۷۹

مقدمه

اختلال افسردگی^۱ یک اختلال روان پزشکی شایع و ناتوان کننده است (گارویت و همکاران، ۲۰۲۴). افسردگی، علت اصلی بار بیماری ناشی از اختلالات روانی در ۳۰ سال گذشته است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ در مارس ۲۰۲۳، تقریباً ۳/۸ درصد جمعیت بزرگسال جهان (حدود ۲۸۰ میلیون نفر) از افسردگی رنج می‌برند. علاوه بر شیوع بالا، افسردگی با رنج روانی شدید، تخریب عملکرد اجتماعی و حرفه‌ای، کیفیت زندگی بسیار پایین و نیز افزایش خطر خودکشی همراه است و هزینه‌های اقتصادی آن برای جامعه به‌طور کلی ۸۱/۳ بلیون دلار در سال تخمین زده شده است (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۱). بار اختلالات افسردگی در دهه‌های اخیر به طور پیوسته در حال افزایش بوده است. تعداد موارد بروز اختلالات افسردگی از ۱۷۲ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۲۵۸ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته است که افزایشی ۴۹/۸۶ درصدی را نشان می‌دهد (لیو و همکاران، ۲۰۲۰).

این واقعیات به طور واضحی به ما نشان می‌دهد که افسردگی یک نگرانی سلامتی عمومی است (وو و همکاران، ۲۰۲۳). فرد افسرده علائمی مانند غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه و لذت، حس خود کم بینی و گناه، کاهش عزت نفس، مشکلات خواب، افکار خودکشی، آشفتگی روان، مشکل اشتها (پر خوری و کم خوری)، عدم تمرکز و فراموشی، احساس خستگی و فقدان انرژی، بدبینی و ناامیدی نسبت به آینده و احساس تنفر نسبت به فرد، افراد یا جامعه را تجربه می‌کند و عملکرد ضعیفی در تحصیل، شغل و کار، خانه و در کل زندگی دارد (کوی و همکاران، ۲۰۲۴).

عوامل متعددی همچون عوامل زیستی و ژنتیک، عوامل خانوادگی، صفات شخصیتی، سبک دلبستگی، رویدادهای منفی زندگی و مشکلات بین فردی^۳ در شکل گیری و تداوم نشانه‌های افسردگی نقش دارند (بشارت و همکاران، ۱۴۰۰). مشکلات بین فردی، مشکلاتی هستند که افراد در ارتباط با دیگران تجربه می‌کنند و منبع مهمی از درماندگی‌های ذهنی نیز به شمار می‌روند (بونکه، ۲۰۱۵). رابطه بین افسردگی و مشکلات بین فردی به خوبی مشخص و مستند شده است (اکرمی و همکاران، ۱۴۰۴؛ فونسکا و

همکاران، ۲۰۲۳؛ تریسکولی و همکاران، ۲۰۱۹؛ مکفار کوهر و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات قبلی نشان می‌دهند که بسیاری از مشکلات بین فردی که بیماران افسرده با آن مواجه می‌شوند، مربوط به ارتباط است. افسردگی معمولاً با ناتوانی در تجربه لذت از فعالیت‌ها و تماس‌های اجتماعی مشخص می‌شود (تریسکولی و همکاران، ۲۰۱۹).

سطوح مختلف افسردگی ممکن است به مداخلات متفاوتی نیاز داشته باشند. برای برخی از افسردگی‌های مقاوم به درمان یا شدید، داروهای ضد افسردگی مورد نیاز است. با این حال، از آنجایی که عوارض جانبی احتمالی داروهای ضد افسردگی، ممکن است خطر رفتارهای مرتبط با خودکشی را افزایش دهد، روان درمانی به طور گسترده در این جمعیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (یین و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از مداخلات درمانی مؤثر برای بیماران افسرده درگیر در تعارض‌های روانی - اجتماعی در قلمرو حرفه‌ای یا زندگی فردی یا زناشویی، روان درمانی بین فردی^۴ است (محمدی و همکاران، ۱۴۰۰). هم چنین روان درمانی بین فردی یکی از درمانی‌هایی است که در دستورالعمل‌های روان پزشکی و پزشکان عمومی آمریکا برای افسردگی معرفی شده است (پویان و همکاران، ۱۴۰۰). روان درمانی بین فردی یک درمان مبتنی بر شواهد و متمرکز بر رابطه برای افرادی است که در شرایط استرس‌زای زندگی با افسردگی و سایر اختلالات روانی زندگی می‌کنند (لاو و همکاران، ۲۰۲۲).

روان درمانی بین فردی یک درمان تجربی معتبر برای اختلالات خلقی و مبتنی بر مفهوم چارچوب رابطه‌ای^۵ است. بدین معنی که تجربه فرد از پریشانی روانی بر اطرافیان تأثیر می‌گذارد و شبکه حمایت اجتماعی نیز بر فرد پریشان تأثیر می‌گذارند. این مفهوم، همراه با فنون و ابزارهای خاصی که از آن سرچشمه می‌گیرند و مبنای نظری روان درمانی بین فردی (دلبستگی و نظریه بین فردی)، این نوع درمان را منحصر به فرد می‌کند (استوارت و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان معتقد است هر چند که دشواری‌های بین فردی ممکن است شرط لازم برای ایجاد مشکلات روانی نباشد، ولی قویاً با آن‌ها در هم پیچیده‌اند (لویسون و همکاران، ۲۰۰۸)، زیرا روان درمانی بین فردی به رابطه بین اختلال روانی و مشکلات بین فردی به صورت دو جانبه نگاه می‌کند. افزایش انزوا و کاهش حمایت اجتماعی

4. Interpersonal Psychotherapy (IPT)

5. relational frame

1. depressive disorder

2. World Health Organization

3. interpersonal problems

برای افراد افسرده به تداوم حالت افسردگی کمک می‌کند و هدف این درمان کاهش این انزوا است (لیپسیتز و مارکوویتز، ۲۰۱۳). در طول روان درمانی بین فردی، علائم زیستی-روانی-اجتماعی افسردگی در چارچوب عوامل استرس‌زای اجتماعی و بین فردی فعلی که بر اساس انتقال نقش، اختلافات، سوگواری‌ها و حساسیت‌ها تعریف می‌شوند، درک شده و بیمار یاد می‌گیرد که تعاملات بین علائم و مشکلات بین فردی و روش‌هایی که آن‌ها به طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند، درک کند. به بیماران کمک می‌شود تا این الگو را بشکنند و از طریق بهبود ارتباط، ابراز عواطف و تعامل فعال با شبکه بین فردی فعلی، به کاهش علائم افسردگی و بهبود عملکرد بین فردی دست یابند (لاو، ۲۰۱۱).

یکی از مفروضات اصلی روان درمانی بین فردی، اصل مکمل بودن در موقعیت‌های بین فردی است. موقعیت‌های بین فردی در اینجا به عنوان یک تعامل واقعی بین دو نفر یا بازنمایی ذهنی یک فرد از رابطه‌اش با دیگران تعریف می‌شوند. اصل مکمل بودن استدلال می‌کند که در تعامل اجتماعی، رفتار یک نفر، رفتارهای قابل پیش‌بینی و قابل مشاهده‌ای را در دیگری و همچنین پاسخ‌های عاطفی و شناختی را برمی‌انگیزد. یکی دیگر از مفروضات اصلی این نوع روان درمانی، وجود دو بعد وابستگی و تسلط در انگیزه‌ها و رفتارهای بین فردی است که اولی دلالت بر ارتباط و محبت دارد و دومی با قدرت و کنترل مرتبط است (فونسکا و همکاران، ۲۰۲۳). به طور کلی بر اساس روان‌درمانی بین فردی، اگرچه علائم افسردگی در اثر علل ژنتیکی و محیطی شکل می‌گیرند، اما وضعیت جاری زندگی شخص به خصوص ارتباطاتی که وی با اشخاص نزدیکش دارد در رشد علائم اختلال افسردگی نقش دارند (عبدالصمد و همکاران، ۲۰۲۳)؛ بنابراین هدف عمده این رویکرد درمانی، تغییر رفتار بین فردی مراجعان با به کارگیری و پرورش نقش‌ها در موقعیت‌های بین فردی جاری است (افروز و همکاران، ۱۴۰۲). در همین راستا، فونسکا و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود در مقایسه بین زنان افسرده و غیرافسرده تفاوت معناداری در مشکلات بین فردی یافتند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که وقتی زنان علائم افسردگی را تجربه می‌کنند، مشکلات بین فردی بیشتری را نشان می‌دهند.

مطالعات مختلفی اثربخشی روان‌درمانی بین فردی را بر متغیرهای مرتبط با افسردگی از جمله مشکلات بین فردی این بیماران نشان داده‌اند که از جمله می‌توان به مطالعه دافی و همکاران (۲۰۱۹) اشاره کرد که نشان دادند روان

درمانی بین فردی همواره نسبت به مداخلات کمتر ساختاریافته در درمان افسردگی برتر است و عملکردی مشابه درمان شناختی رفتاری دارد. همچنین نتایج پژوهش مذکور نشان داد که روان‌درمانی بین فردی باعث کاهش مشکلات بین فردی در نوجوانان می‌شود. نتایج فرا تحلیل بیان و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد، تعداد فزاینده‌ای از مطالعات نشان داده‌اند که عملکرد اجتماعی کافی برای افراد مبتلا به افسردگی ضروری است و می‌توان از روان درمانی بین فردی برای بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به افسردگی استفاده کرد. برایت و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که روان درمانی بین فردی به عنوان یک مداخله درمانی، در کاهش قابل توجه علائم افسردگی و همچنین بهبود حمایت اجتماعی، کیفیت/رضایت از روابط و سازگاری مؤثر است.

اگرچه مطالعات مختلفی اثربخشی این نوع مداخله بر بهبود مشکلات مختلف را نشان داده‌اند، اما این رویکرد مداخله‌ای به شکل استاندارد در ایران ترجمه و کاربست نشده است و وجوه فرهنگی جامعه ایرانی که در روابط بین فردی بیماران افسرده بازنمایی می‌شود، چندان مورد توجه قرار نگرفته است. از این رو ضروری است که بتوان پروتکل این رویکرد درمانی را طوری انطباق داد که جنبه‌های پدیداری و تجربه زیسته بیماران افسرده ایرانی در زمینه روابط بین فردی را هم شامل شود. از سوی دیگر، با توجه به این واقعیت که اختلال افسردگی می‌تواند منجر به آسیب در عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی شود (هوانگ و همکاران، ۲۰۱۹) تا جایی که اختلال در عملکرد اجتماعی، به عنوان علت اصلی انگ اجتماعی بالا و ناتوانی در افسردگی در نظر گرفته می‌شود، بنابراین، بهبود روابط بین فردی و عملکرد اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی به طور فزاینده‌ای مورد توجه درمانی در جوامع مدرن قرار گرفته است که با توجه به پیشینه پژوهشی مطرح شده، روان درمانی بین فردی می‌تواند در این زمینه بسیار کمک کننده باشد. با توجه به آن چه مرور شد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که چگونه پروتکل انطباق یافته روان-درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بر کاهش مشکلات بین فردی آنان مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی استان تهران در دامنه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. نمونه آماری نیز بر اساس نوع طرح شبه‌آزمایشی، شرایط دسترسی به شرکت‌کنندگان، در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش و بر اساس فرمول ارائه شده توسط تاباچنیک و فیدل (۲۰۱۳) برای طرح‌های آزمایشی مبنی بر این که حجم افراد نمونه در هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد، ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) از دو کلینیک روان‌شناختی در تهران به صورت هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس DSM-5-TR و بر اساس مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک و به تشخیص روان‌شناس بالینی، عدم دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت بر اساس SCID-5-PD به تشخیص روان‌پزشک بر اساس مصاحبه تشخیصی و روان‌شناس بالینی بر اساس نتایج مصاحبه SCID-5-PD، عدم افکار جدی خودکشی، عدم ابتلا به سایر اختلالات روانی، عدم ابتلا به بیماری نورولوژیک (به تشخیص روان‌پزشک)، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی حداقل به مدت یک ماه قبل از ورود به پژوهش، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم اعتیاد و عدم هرگونه تغییر در تجویز داروهای روان‌پزشکی در ۳۰ روز گذشته، یا طرح تغییر میزان تجویز کنونی در طول دوره درمان بود. هم‌چنین ملاک‌های خروج از این پژوهش نیز شامل عدم تمایل به تداوم شرکت در فرایند درمان و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات روان درمانی بود.

ب) ابزار

مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-5-TR^۱: این مصاحبه، ابزاری برای تشخیص اختلال‌های اصلی DSM-5-TR است که پیش از آن در محور I تشخیص‌گذاری می‌شدند. این مصاحبه توسط درمانگران یا بالینگران آموزش دیده که با طبقه‌بندی DSM-5-TR آشنایی داشته و از

ملاک‌های تشخیص اختلالات روانی آگاهی داشتند، اجرا شد. در این پژوهش، نسخه SCID-5 به منظور ارزیابی اختلالاتی که در پژوهش حاضر مشخص شده است، مورد استفاده قرار گرفت. نسخه ترجمه فارسی SCID-5 اعتبار و روایی قابل قبولی را برای تشخیص‌های مختلف طبقه‌بندی اختلال‌های بالینی نشان می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی SCID-5 برای همسانی درونی (۰/۹۹-۰/۹۵) ضریب بازآزمایی (۰/۷۹-۰/۶۰) و ضریب اعتبار کاپا (۰/۷۲-۰/۵۷) محاسبه شد (غرابی و همکاران، ۲۰۲۰).

پرسش‌نامه مشکلات بین فردی^۲ (PII-32): فرم ۳۲ سؤالی این پرسش‌نامه، یک ابزار خودگزارشی است که گویه‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند. این فرم توسط بارخام و همکاران به عنوان یک نسخه کوتاه از فرم اصلی (فرم ۱۲۷ سؤالی) به منظور استفاده از این ابزار در خدمات بالینی تدوین شد. این فرم بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی از فرم ۱۲۷ سؤالی و با در نظر گرفتن چهار گویه‌ای که بیشترین بار عاملی را در هر زیر مقیاس دارند، به دست آمد. این پرسش‌نامه دارای ۸ زیر مقیاس شامل صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی است. گویه‌های پرسش‌نامه بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (به هیچ وجه) تا ۵ (به شدت) نمره‌گذاری می‌شوند. فرم تهیه شده توسط بارخام و همکاران (۱۹۹۶) دارای روایی و اعتبار بالایی می‌باشد. در پژوهشی که در ایران انجام شد، پس از تحلیل عاملی برای نسخه اصلی ۳۲ گویه‌ای، ۲۹ گویه در ۶ زیر مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ باقی ماند (فتح و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش مذکور (۱۳۹۲) روایی ابزار مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های صراحت و مردم‌آمیزی (۰/۸۰)، گشودگی (۰/۷۰)، در نظر گرفتن دیگران (۰/۶۱)، پرخاشگری (۰/۸۸)، حمایت‌گری و مشارکت (۰/۷۷) و وابستگی (۰/۶۱) محاسبه شد. هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ این ابزار بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش حاضر، ۰/۸۴ به دست آمد.

ج) روش اجرا

برای اجرای این پژوهش، ابتدا دو کلینیک روان‌شناختی در تهران به صورت هدفمند انتخاب شده و پس از هماهنگی با مسئولین این مراکز، ۳۰ نفر از افراد دارای اختلال افسردگی و مشکلات بین فردی بر اساس

۱. Structured Clinical Interview for DSM-5

۲. Inventory of Interpersonal Problems

را شامل می‌شود. در انتها بعد از اتمام جلسات هر دو گروه، پس‌آزمون پرسش‌نامه توسط هر دو گروه تکمیل شد و بعد از گذشت ۳ ماه از هر دو گروه خواسته شد تا در مرحله پیگیری نیز شرکت نمایند. پروتکل درمان بین فردی انطباق یافته با مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی (فرجی، ۱۴۰۴) شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که خلاصه جلسات آن در جدول ۱ ارائه شده است. هم‌چنین برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از روش تحلیل واریانس آمیخته با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-27 در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

معیارهای ورود و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون (پرسش‌نامه مشکلات بین فردی) برای گروه آزمایش، ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان بین فردی انطباق یافته بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی اجرا شد؛ و برای گروه گواه در ۱۲ جلسه درمان بین فردی متداول برای افسردگی (راج‌هانس و همکاران، ۲۰۲۰) برگزار شد. فنون کلیدی به کار رفته در این پروتکل مصاحبه بین فردی، فرمول بندی درمان بین فردی، تعیین نقش بیمار، اصلاح زمان درمان، تمرین بین جلسه‌ای و آگاهی از احساسات و ابراز آن‌ها

جدول ۱. خلاصه درمان بین فردی انطباق یافته با مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی (فرجی، ۱۴۰۴).

جلسه	عناوین جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و اتحاد درمانی	برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی، ارائه خلاصه‌ای از طرح درمانی.
دوم	تبیین اختلال افسردگی و تعریف علائم	تبیین اختلال افسردگی در چارچوب ابعاد زیستی- روانی- اجتماعی، تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده (نقش بیمار).
سوم	برقراری ارتباط بین افسردگی و روابط بیمار	ارزیابی روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، تکمیل سیاهه روابط بین فردی، برقراری ارتباط بین افسردگی و روابط بیمار، کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه.
چهارم	تعیین هدف ابتدایی	فرمول بندی حیطه بین فردی و تعیین یک حیطه نالایمی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف ابتدایی.
پنجم	آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی	تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی.
ششم	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای: تغییر انتظارات منفی و اضطراب قبل از یک رویداد بین فردی، آماده کردن مراجع برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه‌های راهبردی بین فردی، رسیدگی به تجربه‌های مراجع بعد از آن رویداد.
هفتم	کار روی موضوع‌های بین فردی	کار روی موضوع‌های بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت
هشتم	افزایش مهارت‌های بین فردی	افزایش مهارت‌های بین فردی مانند ابراز نیازها و احساسات، ارائه بازخورد به واکنش‌های دیگران، تمرکز بر آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعاملات اجتماعی، تقویت سواد هیجانی، گوش دادن فعال، همدلی با دیگران
نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها	فعال سازی جرأت‌مندی و خودکنشی در صورت اجتناب فرد از تمرکز بر مشکلات بین فردی، ارزیابی کار روی نالایمی نقش، آشکار سازی تغییرات کسب شده در عملکرد نقش و تصریح پیامدهای تغییر، غنی سازی روابط واقعی، افزایش اعتماد به نفس.
دهم	ارزیابی پیشرفت درمان و آماده سازی برای پایان دهی به درمان	ارزیابی پیشرفت درمان، آماده سازی مراجع برای پایان دهی به جلسات درمان، آموزش چگونگی پیگیری از انزوای اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی، مرز گذاری عاطفی، تحکیم تغییرات به دست آمده و آماده سازی او برای کنار آیی با تجارب و موقعیت‌های چالش انگیز آینده.
یازدهم	ابراز احساسات در مورد خاتمه درمان	ابراز احساسات در مورد خاتمه درمان و ارائه شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمانگر
دوازدهم	برقراری اتحاد درمانی و ارائه خلاصه‌ای از طرح درمانی	برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی، خلاصه‌ای از طرح درمانی

یافته‌ها

داشتند. از نظر تحصیلات، ۱۳ نفر (۴۳/۳۳ درصد) دیپلم و فوق دیپلم، ۷ نفر (۲۳/۳۴ درصد) لیسانس و ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند. از نظر وضعیت شغلی ۱۳ نفر (۴۳/۳۳ درصد)

در این پژوهش، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال افسردگی شرکت کردند. در گروه آزمایش ۷ مرد و ۸ زن و در گروه گواه نیز ۹ مرد و ۶ زن حضور

ترتیب برابر با ۷/۰۱ و ۳۶/۲۰ بود. نتایج t مستقل نشان داد هر دو گروه از نظر سن همسان بودند ($t = ۱/۰۱$ و $P = ۰/۳۷$). در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیر مشکلات بین فردی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

خانه دار، ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) دارای شغل دولتی و ۷ نفر (۲۳/۳۴ درصد) دارای شغل آزاد بودند. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش (درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته) به ترتیب برابر ۸/۲ و ۳۸/۴۵ و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه (درمان بین فردی با پروتکل متداول) نیز به

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر اصلی پژوهش (مشکلات بین فردی) و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
صراحت و مردم‌آمیزی	آزمایش	۱۸/۱۰	۳/۵۱	۲۵/۱۸	۲/۷۱	۲۵/۳۲	۴/۵۱
	گواه	۱۹/۲۰	۳/۶۸	۲۱/۸۰	۳/۷۲	۲۳/۵۳	۳/۷۵
گشودگی	آزمایش	۱۲/۹۱	۳/۰۷	۱۸/۱۵	۳/۱۱	۱۸/۴۱	۲/۱۴
	گواه	۱۰/۹۳	۲/۰۸	۱۵/۰۶	۲/۰۱	۱۵/۱۳	۱/۶۸
در نظر گرفتن دیگران	آزمایش	۱۲/۳۵	۲/۸۱	۱۶/۴۵	۲/۰۱	۲۰/۸۹	۱/۲۳
	گواه	۱۱/۴۶	۲/۱۶	۱۱/۲۶	۲/۲۸	۱۶/۳۳	۱/۸۷
پرخاشگری	آزمایش	۱۱/۰۵	۱/۲	۴/۲۱	۲/۱۱	۵/۸۲	۲/۰۱
	گواه	۱۰/۴۰	۱/۹۹	۷/۳۳	۳/۱۵	۷/۸۰	۱/۹۳
حمایتگری و مشارکت	آزمایش	۱۹/۹۰	۳/۷۵	۲۶/۹۰	۳/۶۲	۲۴/۰۷	۳/۷۷
	گواه	۱۹/۷۳	۳/۶۹	۲۲/۶۶	۳/۷۹	۲۲/۹۳	۴/۱۸
وابستگی	آزمایش	۳/۷۵	۲/۳۲	۳/۳۸	۲/۴۵	۳/۰۷	۲/۱۴
	گواه	۳/۶۰	۲/۵۲	۳/۴۵	۲/۵۸	۳/۲۰	۲/۶۲
نمره کل مشکلات بین فردی	آزمایش	۷۶/۲۷	۸/۳۲	۵۰/۰۰	۸/۲۰	۵۱/۲۳	۴/۳۰
	گواه	۷۵/۳۳	۹/۴۷	۵۵/۰۰	۱۱/۸۱	۵۵/۹۳	۸/۷۷

بوفرونی تعدیل شده برای مقایسه‌های زوجی آورده شد. قبل از انجام تحلیل آماری مذکور، پیش‌فرض‌های این آزمون ارزیابی شد. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با توجه به این که تعداد شرکت‌کنندگان در هر گروه، کمتر از ۵۰ نفر بود از آزمون شاپیرو و وِلک استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که سطح معناداری متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن در هر یک از گروه‌های درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته و درمان بین فردی متداول در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از ۰/۰۵ بوده ($P > ۰/۰۵$) و در نتیجه توزیع همه آن‌ها نرمال بود. هم‌چنین نتایج آزمون همگنی واریانس (لوین) نشان داد که واریانس نمرات در هر دو گروه‌ها همگن است ($P > ۰/۰۵$). علاوه بر این، با توجه به معنادار شدن آزمون کرویت ماچلی و برقرار نبودن فرض کرویت داده‌ها برای متغیرهای پژوهش ($P < ۰/۰۵$)، از تصحیح گرین‌هاوس-گیزر استفاده شد. علاوه بر این، نتایج آزمون موچلی برای بررسی کرویت متغیر مشکلات

با توجه به داده‌های جدول ۲، میانگین نمرات متغیرهای مشکلات بین فردی در گروه‌های آزمایش (درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته) و گواه (درمان بین فردی متداول) در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این تغییر نمرات در گروه آزمایش بیشتر و محسوس‌تر است که نشان‌دهنده بهبود مشکلات بین فردی در بیماران مبتلا به افسردگی در گروه آزمایش بود.

برای پاسخ‌گویی به سؤال پژوهش حاضر، از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در این پژوهش یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و هم‌چنین یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) بود؛ بنابراین طرح مورد استفاده طرح درون-بین آزمودنی^۱ بود (پالانت، ۲۰۲۰). در بخش آماری، نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای مقایسه معناداری اثر دو درمان و

1. Subject Analyze of Variance Withi- Between

بین فردی نشان داد که W موجلی برای متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه - های آن معنادار نبود ($P > 0.05$)؛ بنابراین پیش فرض کووریت برای آن‌ها برقرار بود. در ادامه در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آماره

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه دو گروه پروتکل انطباق یافته و متداول

متغیر	منبع اثر	مقدار	F	درجه آزادی مفروض	P	اندازه اثر	توان آزمون
مشکلات بین فردی	زمان	۰/۴۷۴	۱۵/۰۰۳	(۲، ۲۷)	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۸۲
	گروه × زمان	۰/۳۴۴	۲۵/۷۴۱	(۲، ۲۷)	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۶	۰/۸۱
	گروه	۰/۱۲۷	۲۶/۲۸۲	(۲، ۲۳)	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۳	۰/۸۴
مؤلفه‌های مشکلات بین فردی	زمان	۰/۱۵۶	۷/۶۸۸	(۲، ۱۷)	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۴	۰/۸۴
	گروه × زمان	۰/۱۸۷	۶/۱۷۹	(۲، ۱۷)	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۳	۰/۸۰
	گروه	۰/۱۷۱	۵/۷۳۱	(۲، ۱۷)	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۱	۰/۸۵

بود. این معناداری اثر متقابل زمان × گروه، هم چنین نشان داد که روند تغییرات در مراحل مختلف (پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری) در دو گروه با تغییر همراه بود. بررسی تغییرات میانگین متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن در گروه و طی زمان در ادامه در جدول ۴ آمده است.

منطبق بر نتایج جدول ۳، نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که اثر درون آزمودنی (زمان) در متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن معنادار بود و بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از زمان‌ها میانگین با تغییر همراه بود. هم چنین نتایج نشان داد که اثر تعاملی زمان × گروه بر متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن معنادار

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر مشکلات بین فردی

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	MS خطا	df	F	P	مجدور اتا تفکیکی	توان آزمون
صراحت و مردم آمیزی	گروه‌ها	۵۸۲/۶۷۸	۲۷/۶۲۱	۱	۲۱/۰۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰	۰/۸۲
	مراحل	۷۱/۱۴۴	۵/۴۵۴	۲	۱۳/۰۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۸	۰/۸۱
	تعامل مراحل با گروه	۸۲/۴۷۸	۵/۴۵۴	۲	۱۵/۱۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۱	۰/۸۵
گشودگی	گروه‌ها	۸۰/۲۷۸	۹/۵۴۹	۱	۸/۴۰۷	۰/۰۰۷	۰/۲۳۱	۰/۷۰
	مراحل	۱۷/۳۴۴	۲/۵۴۷	۲	۶/۸۱۰	۰/۰۰۲	۰/۱۹۶	۰/۷۲
	تعامل مراحل با گروه	۲۳/۰۱۱	۲/۵۴۷	۲	۹/۰۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۴	۰/۷۹
در نظر گرفتن دیگران	گروه‌ها	۳۵۲/۰۴۴	۷/۱۸۹	۱	۴۸/۹۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۶	۰/۷۵
	مراحل	۶۲/۵۳۳	۲/۶۶۳	۲	۲۳/۴۸۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۶	۰/۸۳
	تعامل مراحل با گروه	۷۱/۲۴۴	۲/۶۶۳	۲	۲۶/۷۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	۰/۷۳
پرخاشگری	گروه‌ها	۰/۱۸۴	۸/۷۹۸	۱	۹/۵۵۹	۰/۰۰۴	۰/۲۵۴	۰/۷۲
	مراحل	۱۶/۶۷۸	۳/۲۰۱	۲	۵/۲۱۱	۰/۰۰۸	۰/۱۵۷	۰/۷۰
	تعامل مراحل با گروه	۲۴/۷۰۰	۳/۲۰۱	۲	۷/۷۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۱۶	۰/۸۵
حمایت‌گری و مشارکت	گروه‌ها	۲۸۴/۴۴۴	۲۵/۲۷۸	۱	۱۱/۲۵۳	۰/۰۰۲	۰/۲۸۷	۰/۷۲
	مراحل	۲۹/۴۷۸	۵/۰۰۲	۲	۵/۸۹۴	۰/۰۰۵	۰/۱۷۴	۰/۷۱
	تعامل مراحل با گروه	۴۹/۸۱۱	۵/۰۰۲	۲	۹/۹۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۲	۰/۸۲
وابستگی	گروه‌ها	۱/۸۷۸	۱۲/۴۸۹	۱	۰/۱۵۰	۰/۷۰۱	۰/۰۰۵	۰/۷۰
	مراحل	۸/۴۰۰	۲/۶۷۷	۲	۳/۱۳۸	۰/۰۵۱	۰/۱۰۱	۰/۷۳
	تعامل مراحل با گروه	۲/۳۱۱	۲/۶۷۷	۲	۰/۸۶۳	۰/۴۲۷	۰/۰۳۰	۰/۷۴
مشکلات بین فردی	گروه‌ها	۶۲۸۳/۳۷۸	۱۵۵/۶۰۲	۱	۴۰/۳۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۱	۰/۷۲
	مراحل	۷۳۷/۱۴۴	۴۰/۱۴۴	۲	۱۸/۳۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۶	۰/۸۳

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	MS خطا	df	F	P	مجدور انا تفکیکی	توان آزمون
	تعامل مراحل با گروه	۱۲۷۶/۸۱۱	۴۰/۱۴۴	۲	۳۱/۸۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۰/۷۵

همان طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر تعامل مراحل و گروه بر متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن (به غیر از وابستگی) معنادار بود. هم چنین یافته‌های جدول ۴ نشان داد که گروه درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته و درمان بین فردی متداول از لحاظ متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن (به غیر از وابستگی) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند. برای مثال، اندازه اثر برای مشکلات بین فردی ۰/۵۳۳ به دست آمد؛ یعنی ۵۵/۳ درصد از واریانس

متغیر مشکلات بین فردی ناشی از اثر عضویت گروهی بود. توان آماری آن نیز ۰/۷۲ به دست آمد؛ یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار ۷۲ درصد بود. هم چنین جهت بررسی تفاوت دو گروه در سه مرحله پیش-آزمون، پس آزمون و پیگیری، در متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مربوط به مقایسه میانگین دو گروه در سه مرحله در مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین دو گروه	خطای استاندارد	سطح معناداری
صراحت و مردم آمیزی	پیش آزمون	-۱/۱	۱/۳۰۲	۰/۳۳۹
	پس آزمون	۳/۳۸	۰/۳۶۶	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۳/۷۹	۰/۲۵۵	<۰/۰۰۱
گشودگی	پیش آزمون	۱/۹۸	۰/۷۶۰	۰/۸۶۲
	پس آزمون	۳/۰۹	۰/۹۷۳	۰/۰۰۵
	پیگیری	۳/۲۸	۰/۶۵۴	<۰/۰۰۱
در نظر گرفتن دیگران	پیش آزمون	۰/۸۹	۱/۶۷۴	۰/۵۵۸
	پس آزمون	۵/۱۹	۰/۸۹۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۴/۵۶	۰/۶۴۸	<۰/۰۰۱
پرخاشگری	پیش آزمون	۰/۶۵	۰/۶۶۴	۰/۸۴۲
	پس آزمون	-۳/۱۲	۱/۰۵۳	۰/۰۰۴
	پیگیری	-۱/۹۸	۰/۶۹۱	۰/۰۰۱
حمایت‌گری و مشارکت	پیش آزمون	۰/۱۷	۱/۲۷۳	۰/۶۴۱
	پس آزمون	۴/۲۴	۱/۲۷۵	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۱۴	۰/۲۰۸	۰/۰۰۱
وابستگی	پیش آزمون	۰/۱۵	۰/۸۰۶	۰/۶۸۲
	پس آزمون	-۰/۰۷	۰/۹۲۹	۰/۴۳۷
	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۹۳۰	۰/۶۲۰
مشکلات بین فردی	پیش آزمون	۰/۹۴	۲/۹۵۶	۰/۵۷۷
	پس آزمون	۵	۱/۷۵۲	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۴/۷	۱/۹۳۸	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵، تفاوت معناداری بین میانگین دو گروه در مرحله پیش آزمون در مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن مشاهده نشد؛ بنابراین این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت

معناداری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند. تفاوت میانگین دو گروه در مرحله پس آزمون در مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن (به غیر از وابستگی)، در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. این یافته نشان می‌دهد در متغیر

وابستگی)، میانگین گروه درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته در مرحله پیگیری به صورت معناداری با میانگین گروه درمان بین فردی متداول متفاوت بود. هم چنین جهت بررسی پایداری اثربخشی درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته بر متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن از آزمون مقایسه‌های زوجی با تعدیل بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن (به غیر از متغیر وابستگی)، میانگین گروه درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته در مرحله پس آزمون به صورت معناداری با میانگین گروه درمان بین فردی متداول متفاوت بود. تفاوت میانگین دو گروه در مرحله پیگیری در متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن (به غیر از متغیر وابستگی)، در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. این یافته نشان می‌دهد در متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن (به غیر از

جدول ۶. نتایج آزمون مقایسه‌های زوجی بر اساس تعدیل بونفرونی در مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن در سه مرحله به تفکیک گروه‌های مورد بررسی

متغیر	مراحل	درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته		درمان بین فردی متداول	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
صراحت و مردم آمیزی	پیش آزمون	۷/۰۸	<۰/۰۰۱	۲/۶	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۹/۲۲	<۰/۰۰۱	۴/۳۳	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۱۴	۱	۱/۷۳	<۰/۰۰۱
گشودگی	پیش آزمون	۵/۲۴	<۰/۰۰۱	۴/۱۳	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۵	<۰/۰۰۱	۴/۲	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۲۶	۱	۰/۰۷	۱
در نظر گرفتن دیگران	پیش آزمون	۴/۱	<۰/۰۰۱	-۰/۲	۱
	پس آزمون	۸/۵۴	<۰/۰۰۱	۴/۸۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۰۷	<۰/۰۰۱	۴/۴۴	<۰/۰۰۱
پر خاشگری	پیش آزمون	-۶/۸۴	<۰/۰۰۱	-۳/۰۷	۰/۰۰۳
	پس آزمون	-۵/۲۳	<۰/۰۰۱	-۲/۶	۰/۰۳
	پیگیری	۱/۶۱	۱	۰/۴۷	۱
حمایت‌گری و مشارکت	پیش آزمون	۷	<۰/۰۰۱	۲/۹۳	۰/۰۴
	پس آزمون	۴/۱۷	<۰/۰۰۱	۳/۲	۰/۰۳۸
	پیگیری	۰/۲۷	۱	-۲/۸۳	۰/۰۴۱
وابستگی	پیش آزمون	-۰/۳۷	۱	-۰/۱۵	۰/۱۲۲
	پس آزمون	-۰/۶۸	۱	-۰/۴	۰/۱۲۶
	پیگیری	۰-۳۱	۱	-۰/۲۵	۱
مشکلات بین فردی	پیش آزمون	-۲۶/۲۷	<۰/۰۰۱	-۲۰/۳۳	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۲۵/۰۴	<۰/۰۰۱	-۱۹/۴	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۲۳	۱	۰/۹۳	۱

در نظر گرفتن دیگران و حمایت‌گری و مشارکت تفاوت معنادار بوده و نمرات آن‌ها به طور معناداری افزایش یافته بود، در حالی که تفاوت معناداری در نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه درمان بین فردی متداول مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

با توجه به نتایج جدول ۶ می‌توان بیان کرد تفاوت معناداری بین کاهش مشکلات بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در دو گروه، بعد از درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته وجود داشت و درمان بین فردی با پروتکل انطباق یافته بر کاهش مشکلات بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اثربخشی بیشتری داشت. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در گروه درمان با پروتکل انطباق یافته بین مرحله پیگیری و پس آزمون در متغیرهای

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف، بررسی اثربخشی پروتکل انطباق یافته روان درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بر کاهش مشکلات بین فردی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که پروتکل درمان بین فردی انطباق یافته بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی نسبت به پروتکل درمان بین فردی متداول بر کاهش مشکلات بین فردی بیماران افسرده ایرانی اثربخشی بیشتری دارد. این یافته با نتایج مطالعات بیان و همکاران (۲۰۲۳)؛ فونسکا و همکاران (۲۰۲۳)؛ برایت و همکاران (۲۰۲۰)؛ دافی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است.

در تبیین اثربخشی پروتکل درمان بین فردی بر مشکلات بین فردی بیماران افسرده ایرانی می‌توان گفت که پروتکل درمان بین فردی نوعی درمان است که نشان داده شده است که در درمان اختلالات مختلف سلامت روان از جمله مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی مؤثر است (کانگ و همکاران، ۲۰۲۴). تمرکز پروتکل درمان بین فردی بر روی پرداختن به عوامل استرس‌زای اخیر، مانند درگیری‌های بین فردی، تغییرات زندگی، غم و اندوه و مناسب برای افراد مختلف است که با بسیاری از این رویدادهای مخرب زندگی مواجه هستند (جانسون و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان با شناسایی حوزه‌های مشکل‌دار در بافت بین فردی و آگاهی بیمار از تعارضات و تشویق بیمار به گفتگو درباره انتظاراتش که اکثر اوقات سوگیرانه است به درمان مشکلات انتقال نقش‌بیماری و نارسایی ارتباطی و مشاجرات حل نشده می‌پردازد و حمایت اجتماعی که بیمار به خاطر تغییرات زندگی و سرکوب هیجانات و اجتناب از دست داده بود، مانند زمانی که شخص در کنار آمدن با تغییرات زندگی دچار مشکلاتی می‌شود که مستلزم رفتارهای متفاوت یا اصلاح‌هایی در یک یا چند رابطه نزدیک است را در این درمان به دست می‌آورد (وایزمن ۲۰۰۷، به نقل از احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). افراد دارای مشکلات بین فردی دارای علائم پرخاشگری بوده و در چگونگی ابراز خشم و رنج خود و افزایش عزت نفس خود دچار مشکل هستند. بسیاری از این قبیل مشکلات در ارتباط با دیگران باعث مشکلات عمیق روان‌شناختی می‌شود. به گونه‌ای که بسیاری از این افراد از رویارویی با مشکلات اجتناب کرده و در روابط بین فردی منفعل یا پرخاشگرند و این الگوهای سازش نیافته سبب افسردگی و دیگر مشکلات روان‌شناختی می‌شود؛ بنابراین درمان بین فردی تأکید زیادی بر

ایجاد یک ارتباط میان فردی سالم و منطقی دارد (وایزمن، ۲۰۰۰؛ به نقل از احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). روان درمانگر بین فردی به بیمار خود کمک می‌کند تا بتواند از علائم افسردگی رهایی یابد. هم‌چنین یکی از اهداف مهم روان درمانگر بین فردی کوشش او برای یافتن روش‌هایی است که اجرای این روش‌ها به بیمار کمک می‌کند تا با مشکلات بین فردی که در زندگی با آنها روبروست و با ظاهر شدن علائم مربوط به اختلالات روان‌شناختی رابطه دارد، مقابله کارآمدتری داشته باشد؛ بنابراین در درمان بین فردی، فرد مبتلا به افسردگی چگونگی مقابله با مشکلات بین فردی را فراگرفته و با استفاده از آن به کم کردن برخی مشکلات بین فردی مانند پرخاشگری و بهبود مردم‌آمیزی و ارتقاء تعامل و روابط با دیگران می‌پردازد. هم‌چنین یکی از مهم‌ترین علل کاهش مشکلات بین فردی در این نوع درمان این است که بیمار یاد می‌گیرد که تعاملات بین علائم و مشکلات بین فردی و روش‌هایی که آنها به طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند، درک کند. از سوی دیگر در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا این الگو را بشکنند و از طریق بهبود ارتباط، ابراز عواطف و تعامل فعال با شبکه بین فردی فعلی، به کاهش علائم افسردگی و بهبود عملکرد بین فردی دست یابند (لاو، ۲۰۱۱).

علاوه بر این، می‌توان گفت اختلال افسردگی از جمله اختلالاتی است که در برگیرنده مشکلات و تعارضات بین فردی است و درمان بین فردی در کاهش مشکلات بین فردی، درمانی مؤثر می‌باشد (مارکویتز و همکاران، ۲۰۱۴). با این حال، شواهد بسیاری نشان می‌دهد که ویژگی‌های فرهنگی نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه بروز و تجربه مشکلات بین فردی و هم‌چنین اثربخشی درمان‌ها ایفا می‌کند (برنال و همکاران، ۲۰۱۲). هم‌چنین یافته‌های حاصل از مرور نظام‌مند، مصاحبه با بیماران و متخصصان در پژوهش فرجی (۱۴۰۴) نشان‌دهنده ضرورت توجه ویژه به مؤلفه‌های فرهنگی و اجتماعی خاص این جامعه در فرایند درمان بود که در پروتکل درمان بین فردی متداول مورد توجه قرار نگرفته‌اند. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که انطباق درمان‌های روان‌شناختی با زمینه فرهنگی بیماران موجب افزایش مشارکت و پایبندی درمانی و در نهایت افزایش اثربخشی درمان می‌شود (هال و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو به نظر می‌رسد پروتکل درمان بین فردی که براساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی، باز طراحی شده است، به دلیل تطابق بهتر با مؤلفه‌های پدیداری بین فردی بیماران، اثربخشی

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن می‌باشد. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.TM.REC.1401.374 از کمیته اخلاق ستاد علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی انجام شده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند محفوظ ماندن اطلاعات شرکت کنندگان و حق انصراف در تمام فرایند پژوهش رعایت شده است. همچنین تمامی شرکت کنندگان با تکمیل فرم رضایت‌نامه و به صورت کاملاً آگاهانه در پژوهش حاضر شرکت کردند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است. **نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که در ارتباط با این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر و مسئولین مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناختی شرکت کننده در پژوهش حاضر برای همکاری با پژوهشگران تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- احمدی، هاشمیه؛ جبل عاملی، شیدا؛ مقیمیان، مریم و سیدحسینی طرزجانی، مصطفی (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و روان‌درمانی بین فردی (IPT) بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۴)، ۱۲۶۵-۱۲۸۳. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.114.1265>
- افروز، غلامعلی، هاشمیان، کیانوش و باقری مریم (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان درمانی پویایی بین فردی کوتاه مدت و زوج درمانی هیجان‌مدار در زوجین مبتلا به فقر در تعاملات عاطفی (الکسی تایمی) *رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۴)، ۱-۱۴. <http://frooyesh.ir/article-1-3877-fa.htm>
- اکرمی، ناهید؛ بیک لو، فاطمه؛ عاطفی نیا، محمد مهدی و عجم زبید، مهدیه (۱۴۰۴). اثربخشی پروتکل فراتشخیصی بر نظم‌جوئی هیجان بین فردی و مشکلات بین فردی نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. *مجله علوم روانشناختی*، (در حال انتشار). <https://psychologicalscience.ir/article-1-2710-fa.html>
- بشارت، محمدعلی؛ جعفری، فرزانه و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۴۰۰). پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی بر اساس مشکلات بین شخصی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۲)، ۳۵-۴۴. <http://frooyesh.ir/article-1-2271-fa.html>

بیشتری در کاهش مشکلات بین فردی داشته باشد. به بیان دیگر این پروتکل با به کارگیری مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی در فرایند درمانی، موانع ارتباطی و تعارضات خاص فرهنگ ایرانی را هدف قرار داده و سبب افزایش موفقیت درمانی می‌شود.

ناگفته پیداست که هر پژوهشی با محدودیت‌های خاصی مواجه است و یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که جامعه آماری مورد پژوهش افراد افسرده دارای مشکلات بین فردی بود، لذا تعمیم نتایج به دیگر اختلال‌های خلقی را با احتیاط مواجه می‌کند. از طرفی، نمونه‌گیری پژوهش غیرتصادفی و هدفمند بود، از این رو تعمیم با احتیاط باید انجام شود. همچنین نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی (به دلیل حجم نمونه ناکافی) در نظر گرفته نشده است که این نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان در مطالعات آتی با سبک مطالعه حاضر روی دیگر اختلالات روان‌شناختی نیز اجرا شود و در پژوهش‌های آتی برای بررسی‌های جامع‌تر در مورد اثربخشی روان‌درمانی بین فردی در کاهش مشکلات بین فردی، نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی مانند میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تأهل و یا شدت افسردگی در نظر گرفته شود.

در نهایت پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی برای کمک به افراد افسرده دارای مشکلات بین فردی از پروتکل انطباق یافته روان‌درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی در راستای مدیریت هیجانات و بهبود روابط میان فردی در مراجعان استفاده می‌شود. این پروتکل با ارائه الگوها و شناخت‌های مفید و سازگارتر، از قبیل شخصی نکردن مسائل و مشکلات، مطلق‌گرا نبودن در برخورد با مسائل، عدم تعمیم افراطی و نتیجه‌گیری بر اساس تجارب اندک و بسیار محدود، تمرکز و تأکید نکردن بر بخشی از جزئیات و نادیده نگرفتن سایر جنبه‌های مهم‌تر یک تجربه و عدم نتیجه‌گیری دلخواه، این امکان را به افراد می‌دهد که به اصلاح روابط معیوب خود پرداخته و در نتیجه، مشکلات بین فردی خود را کاهش دهند. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند باعث ارتقاء آگاهی در مورد مشکلات و پیامدهای حاصل از روابط بین فردی ضعیف و اهمیت دادن به این روابط، هم برای افراد افسرده و مسئولین بهداشتی-درمانی و هم مراکز مشاوره شود.

References

- Abdul Samad, F. D., Pereira, X. V., Chong, S. K., & Abdul Latif, M. H. B. (2023). Interpersonal psychotherapy for traumatic grief following a loss due to COVID-19: a case report. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1218715. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1218715>
- Afrooz, G., Hashemian, K., & Bagheri, M. (2023). Comparing Effectiveness of Short Term Psychodynamic Psychotherapy and Emotion-Focused Couple Therapy on Couples with Alexithymia. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(4), 1-14. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-3877-en.html>
- Ahmadi H, Jabalameli S, Moghimian M, Seyed Hossieni Tezerjani M. (2022). Comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and interpersonal psychotherapy on subjective well-being in women with coronary artery disease. *Journal of Psychological Science*, 21(114), 1265-1283. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.21.114.1265>
- Akrami, N., Beykloo, F., Atefi Nia., & Ajam Zeibod, M (2025). The effectiveness of a transdiagnostic protocol on interpersonal emotion regulation and interpersonal problems in adolescents with comorbid anxiety and depression. *Journal of Psychological Science*, [in press]. <https://psychologicalscience.ir/article-1-2710-fa.html>
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Bernal, G. E., & Domenech Rodríguez, M. M. (2012). *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations* (pp. xix-307). American Psychological Association.
- Besharat M A, Jafari F, Gholam Ali Lavasani M. (2021). Predicting symptoms of anxiety and depression based on interpersonal problems. *Rooyesh*, 10(2), 35-44. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-2271-fa.html>
- پویان، فرشته؛ اکبری کامرانی، مهناز؛ رحیم‌زاده، میترا و اسمعیل زاده ساعیه، سارا (۱۴۰۰). بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر روان درمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان زنان نخست‌زا دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه: یک کارآزمایی بالینی. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۱۱(۱)، ۱۵-۲۳. <https://doi.org/10.29252/aums.11.1.15>
- فتح، نجمه؛ آزاد فلاح، پرویز؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم و رحیمی چنگیز (۱۳۹۲). روایی و اعتبار پرسش‌نامه مشکلات بین فردی (IIP-32). *مجله روان شناسی بالینی*، ۵ (۳)، ۶۹-۸۰. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2137>
- فرجی، مینا (۱۴۰۴). تدوین، انطباق و اثربخشی پروتکل روان‌درمانی بین فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی برای کاهش مشکلات بین فردی و بهبود نشانه‌های بیماری افسردگی. [رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن].
- محمدی، کبری؛ شهبازی، مسعود و غلامزاده جفره، مریم (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی بین فردی بر خودکنترلی و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۶ (۱)، ۱۲۹-۱۴۳. <https://bjcp.ir/article-1-1943-fa.html>

- Bian, C., Zhao, W. W., Yan, S. R., Chen, S. Y., Cheng, Y., & Zhang, Y. H. (2023). Effect of interpersonal psychotherapy on social functioning, overall functioning and negative emotions for depression: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 320, 230-240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.119>
- Boehnke, K. (2015). The intergenerational transmission of interpersonal problems: An exploration. *Journal of Child and Family Studies*, 24(10), 2999-3008. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0103-5>
- Bright, K. S., Charrois, E. M., Mughal, M. K., Wajid, A., McNeil, D., Stuart, S., Hayden, K. A., & Kingston, D. (2020). Interpersonal Psychotherapy to Reduce Psychological Distress in Perinatal Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228421>
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., ... & Li, B. (2024). Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy*, 9(1), 30. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>
- Duffy, F., Sharpe, H., & Schwannauer, M. (2019). The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression—a systematic review and meta-analysis. *Child and adolescent mental health*, 24(4), 307-317. <https://doi.org/10.1111/camh.12342>
- Faraji, M. (2025). Designing, adapting and evaluating the effectiveness of an interpersonal Psychotherapy protocol based on the phenomenological components of Iranian depressed patients to reduce interpersonal problems and improve symptoms of Depression [Dissertation in Persian]. Roudehen: Islamic Azad University, Roudehen Branch. [\[Persian\]](#)
- Fath, N., Azad Fallah, P., Rasool-zadeh Tabatabaei, S. K. and Rahimi, C. (2013). Validity and Reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). *Journal of Clinical Psychology*, 5(3), 69-80. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2137> [\[Persian\]](#)
- Fonseca, A., de Matos, M.G., Gois, C. (2023). Can Interpersonal Problems Predict Female Depression? *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3614>
- Garrivet, J., Gohier, B., Laviole, G., Meslier, N., Gagnadoux, F., & Trzepizur, W. (2024). Prevalence of major depressive disorder and post-traumatic stress disorder among first-time sleep center attendees. *Sleep Medicine*, 119, 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.04.013>
- Gharraee, B., Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Yaghmaeezadeh, H., Khanjani, S., & Ghahremani, S. (2022). Psychometric properties of Persian version of structured clinical interview for dsm-5 for personality disorders. *East Asian Archives of Psychiatry*, 32(4), 95-99. <https://doi.org/10.12809/eaap2208>
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. H., & Kessler, R. C. (2021). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2010 and 2018). *Pharmacoeconomics*, 39(6), 653-665. <https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior therapy*, 47(6), 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Huang, Y., Wang, Y. U., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., ... & Wu, Y. (2019). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The lancet psychiatry*, 6(3), 211-224. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)
- Johnson, J. E., Hailemariam, M., Zlotnick, C., Richie, F., & Wiltsey-Stirman, S. (2024). Analysis of implementation processes in a hybrid effectiveness-implementation trial of interpersonal psychotherapy (IPT) for major depressive disorder in prisons: Training, supervision, and recommendations. *Plos one*, 19(5), e0288182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288182>
- Kang, H. K., Bisht, B., Kaur, M., Alexis, O., Worsley, A., & John, D. (2024). Effectiveness of interpersonal psychotherapy in comparison to other psychological and pharmacological interventions for reducing depressive symptoms in women diagnosed with postpartum depression in low-and middle-income countries: A systematic review. *Campbell Systematic*

- Reviews, 20(2), e1399. <https://doi.org/10.1002/cl2.1399>
- Law, R., Ravitz, P., Pain, C., & Fonagy, P. (2022). Interpersonal psychotherapy and mentalizing—synergies in clinical practice. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 44-50. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210024>
- Law, R. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression. *Advances in psychiatric treatment*, 17(1), 23-31. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007641>
- Levenson, H., Butler, S. F., Powers, T. A., & Beitman, B. D. (2008). *Concise guide to brief dynamic and interpersonal therapy*. American Psychiatric Pub.
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical psychology review*, 33(8), 1134-1147. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.09.002>
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Markowitz, J. C., Lipsitz, J., & Milrod, B. L. (2014). Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 31(4), 316-325. <https://doi.org/10.1002/da.22238>
- McFarquhar, T., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). Changes in interpersonal problems in the psychotherapeutic treatment of depression as measured by the Inventory of Interpersonal Problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 226, 108-123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.036>
- Mohammadi, K., & Shahbazi, M. (2021). The Effectiveness of Interpersonal Psychotherapy on Self-Control and Self-Expression of Female Students with Self-Harming Behaviors. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 16(1), 129-143. [Persian] <https://bjcp.ir/article-1-1943-en.html>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Routledge.
- Pouyan F, Akbari Kamrani M, Rahimzadeh M, Esmaelzadeh-Saeieh S. (2021). Education Based on Interpersonal Psychotherapy on Postpartum Depression in Mothers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit. *Alborz University Medical Journal*, 11 (1), 15-23. [Persian] <https://doi.org/10.29252/aums.11.1.15>
- Rajhans, P., Hans, G., Kumar, V., & Chadda, R. K. (2020). Interpersonal psychotherapy for patients with mental disorders. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S201-S212. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_771_19
- Stuart, S., Schultz, J., Molina, A. P., & Siber-Sanderowitz, S. (2024). Interpersonal psychotherapy: A review of theory, history, and evidence of efficacy. *Psychodynamic Psychiatry*, 52(3), 370-407. <https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.3.370>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*, 6th edn Boston. Ma: Pearson.
- Triscoli, C., Croy, I., & Sailer, U. (2019). Depression predicts interpersonal problems partially through the attitude towards social touch. *Journal of affective disorders*, 246, 234-240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.054>
- Wang, Y., Qin, C., Chen, H., Liang, W., Liu, M., & Liu, J. (2025). Global, regional, and national burden of major depressive disorders in adults aged 60 years and older from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: Analyses from the Global Burden of Disease Study 2021. *Journal of Affective Disorders*, 374, 486-494. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.086>
- Wu, K. G., Chen, S. J., Hu, Y. N., Mei, S. F., Chen, W. C., Huang, X. E., ... & Liu, X. J. (2023). The relationship between physical activity and depression among community-dwelling adults in Wuhan, China. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1179417. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1179417>
- Yin, C., Xu, M., & Zong, Z. (2025). Advances in the prevalence and treatment of depression for adolescents: a review. *Frontiers in Pharmacology*, 16, 1574574. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1574574>