تأثیر آموزش روانی خانواده و درمان استاندارد پزشکی در سیر بهبودی و پیشگیری از عود علائم بیماران افسرده اساسی

کمال صولتی دهکردی[1]، مسعود نیک فرجام[1]

۱- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۳ / تابستان ۹۲ / مسلسل ۵۶

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۱۵، پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۲۵

* **مقدمه:** افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی عصر ماست. هدف از پژوهش حاضر تأثیر آموزش روانی خانواده در کنار درمان استاندارد پزشکی در سیر بهبودی و پیشگیری از عود علائم بیماران افسرده اساسی بود.

* **مواد و روش‌ها:** نوع مطالعه کار آزمایی بالینی بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه مساوی تقسیم شدند. دو گروه تحت درمان استاندارد پزشکی بوده، که خانواده یکی از این گروه‌ها ۸ جلسه تحت آموزش روانی خانواده قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده آزمون افسردگی بک (BDI -II) بود که در سه مرحله پیش از مداخله، پس از مداخله و ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (پیگیری) روی بیماران اجرا گردید. داده‌های پژوهشی از طریق تحلیل کوواریانس (آنکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

* **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش ما نشان داد اختلاف معنی داری بین گروه تجربی و گروه کنترل در مرحله پس از مداخلات (p=۰/۰۰۱) و مرحله پیگیری (p=۰/۰۰۸) بدست آمد.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** با درمان استاندارد پزشکی توأم با آموزش روانی خانواده در بیماران با اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با درمان استاندارد پزشکی می‌تواند اثر بخشی بیشتری در بهبود و پیشگیری از عود علائم افسردگی داشته باشد.

* **واژه‌های کلیدی:** افسردگی، آموزش روانی خانواده، درمان استاندارد پزشکی، عود، پیشگیری.

آدرس مکاتبه: شهرکرد، بیمارستان هاجر، بخش روان پزشکی

پست الکترونیک: kamal solati @yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است که جزء اختلال خلقی طبقه‌بندی می‌شود (۱). شیوع این اختلال در طول عمر ۱۵٪ بوده که این میزان در زنان تا ۲۵٪ هم می‌رسد (۲). علامت اصلی این اختلال حداقل یک دوره دو هفته‌ای که در طی آن یا خلق بیمار افسرده است و یا علاقه و احساس لذت را تقریباً در طی همه فعالیتش از دست می‌دهد (۳).

عود اختلال افسردگی اساسی نیز شایع است. حدود ۲۵٪ بیماران در ۶ ماه اول، ۳۰ تا ۵۰٪ و در پنج سال اول حدود ۵۰ تا ۷۰٪ پس از ترخیص از بیمارستان دچار عود علائم بیماری می‌گردند (۴). پزشک باید درمان داروئی و روان درمانی را همزمان با هم بکار گیرد. اگر پزشک به نیازهای روانی-اجتماعی بیمار توجه نکند، حاصل درمان داروئی ممکن است در خطر افتد. در واقع در اکثر مطالعات ترکیب درمان داروئی با روش‌های روان درمانی را مؤثرتر گزارش کرده‌اند (۲).

در سال‌های اخیر به روان درمانی‌ها به ویژه مداخله‌های روانی اجتماعی در کنار دارو درمانی بیشتر توجه شده است. ازجمله این مداخله‌ها که بر پایه خانواده می‌باشد، «آموزش روانی خانواده»[1] است (۵).

در پژوهش دیگری توما و همکاران درمان شناختی-رفتاری را بعنوان یک درمان مکمل در کنار دارو درمانی روی بیماران افسرده مقاوم به درمان مورد بررسی قرار دادند که نتایج مطالعه نشان از تأثیر معنادار دو روش مذکور نسبت به دارو درمانی تنها در کاهش و پیشگیری از عود علائم پس از یکسال پیگیری داشته است (۶).

کوهلر و همکاران در پژوهش دیگری اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری توأم با دارو درمانی را در بیماران افسرده اساسی بستری در بیمارستان مورد بررسی قرار دادند که نتایج مطالعه نشان داد علائم افسردگی در گروه تجربی اختلاف معنی‌داری نسبت به گروه مراقبت استاندارد پزشکی (کنترل) داشته است (p=۰/۰۰۱)(۷). در پژوهش دیگری پیاسنتینی و همکاران درمان شناختی-رفتاری توأم با مداخلات ساختاری خانواده را در مقابل آموزش روانی و آرام‌سازی روی بیماران مبتلا به وسواس مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر مداخلات ساختاری خانواده در کاهش شدت علائم و بهبود مناسبات والدین با بیمار حتی تا ۶ ماه پس از مداخله (پیگیری)، از روش‌های دیگر موثرتر بوده است (۸).

در پژوهش دیگری وست و همکاران درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر خانواده را روی خانواده‌های کودکان ۱۲-۶ سال مبتلا به اختلال دو قطبی مورد بررسی قرار دادند که نتایج پژوهش نشان داد این نوع درمان در کاهش علائم مانیا مؤثر بوده اما در علائم افسردگی و عملکرد روانی- اجتماعی کودکان تأثیر چندانی نداشته است (۹). برنارد و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که آموزش روانی خانواده در بیماران دو قطبی به کاهش معنی داری در احساس فشار و یا بار خانواده پس از مداخله و یک سال پس از آن می‌انجامد (۱۰).

ملوکاریلو و همکاران در پژوهش دیگری میزان شیوع افسردگی و تأثیر مداخلات روانی- آموزشی گروهی را روی دانشجویان مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد برنامه‌های روان-آموزشی گروهی می‌تواند در کاهش علائم افسردگی دانشجویان مؤثر باشد (۱۱).

با توجه با اینکه آموزش روانی خانواده روی بیماران اسکیزوفرنی و دو قطبی به اثبات رسیده و روی بیماران با اختلال افسردگی اساسی کمتر صورت گرفته است و از طرف دیگر بکارگیری آموزش روانی روی اعضاء خانواده این بیماران،

[1] Psychoeducutional

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

می‌تواند در اداره و کنترل علائم موثر باشد. همچنین عودهای مکرر این بیماری بواسطه تک بعدی بودن درمان و عدم توجه به سیستم خانواده و آموزش‌های لازم در این خصوص، ضرورت اجرای پژوهش حاضر را نمایان می‌سازد. به همین دلیل هدف از اجرای پژوهش حاضر تأثیر آموزش روانی خانواده و درمان استاندارد پزشکی در سیر بهبودی و پیشگیری از عود علائم بیماران افسرده اساسی بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی با کد: IRCT201111298253N1 از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان هاجر شهرکرد تشکیل می‌دادند. ۶۰ نفر بعنوان نمونه پژوهش از بین بیماران افسرده اساسی در بخش مذکور و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص بیماری بر اساس معیارهای DSM-TV-TR و مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و روانشناس بالینی صورت گرفت.

معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی به مدت حداقل دو هفته، داشتن جنسیت مؤنث و داوطلب بودن جهت شرکت در طرح. معیارهای خروج هم عبارتند از: داشتن دوره‌هایی از حالت‌های مانیک و هیپومانیک، داشتن ضایعات عضوی و نارسایی‌های شناختی همچون دمانس و عقب‌ماندگی ذهنی، داشتن دوره‌هایی از علائم هذیان و توهم، سابقه گرفتن الکترو شوک درمانی، دارا بودن بیماری جسمی مزمن و سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر.

پس از انتخاب نمونه پژوهش، این بیماران به طور تصادفی به دو گروه تجربی و کنترل تقسیم و بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک همتاسازی شدند. هر دو گروه در بخش روانپزشکی تحت درمان استاندارد پزشکی (دارو درمانی) یکسانی قرار گرفتند و خانواده گروه تجربی، ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دو بار در هفته تحت آموزش روانی قرار گرفتند. بیمارانی که بنا به تشخیص روانپزشک و محدودیت‌ها و مقررات بیمارستان در طول اجرای پژوهش مرخص می‌شدند، روند درمان داروئی در منزل ادامه و جلسات آموزشی روانی خانواده در روزهای مقرر روی خانواده بیماران در بیمارستان ادامه پیدا کرد.

ابزار مورد استفاده شامل چک لیست ویژگی‌های دموگرافیک و آزمون افسردگی بک (ویرایش دوم) بود. این آزمون در سال ۱۹۶۱ توسط بک[1] تدوین و در ۱۹۷۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون شامل ۲۱ عبارت از نشانه‌های مختلف افسردگی بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت می‌باشد. در مطالعات مختلف اعتبار و پایایی این آزمون مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳،۱۲). قاسم زاده و همکاران به نقل از قهاری (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را روی ۱۲۵ دانشجو برابر با ۰/۷۸ و ضریب باز آزمایی را با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش کردند (۱۴).

پروتکل آموزشی روانی خانواده در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته برای اعضای خانواده بیمار صورت گرفت که شامل موارد زیر بود: آشنایی با اختلال افسردگی اساسی، علائم اولیه، عوامل مستعد کننده و آشکار ساز و مسئولیت خانواده در برخورد با علائم، راهکارهای درمانی در خصوص پیشگیری از عود، کاهش استرس در محیط خانواده از طریق مشخص شدن نقش خانواده در ایجاد یا کاهش استرس، نقش استرس در افزایش عود بیماری، شناسائی منابع استرس در خانواده و چگونگی برخورد با این استرس‌ها، ارتباط و شناخت در خانواده، ارزش خود و ارتباط در خانواده و حل تعارض در روابط بین فردی.

در ابتدای هر جلسه خلاصه‌ای از جلسه قبل ارائه می‌گردید و اعضاء گروه پس از بحث و گفتگو، تکالیف خانگی را مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دادند (۱۵). روش آماری مورد استفاده

[1] Beek

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

در این پژوهش تحلیل کوواریانس (Ancova) بود که داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS - 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج اولیه پژوهش نشان داد ۴۳/۳٪ نمونه‌های پژوهش متأهل، ۳۰٪ مجرد، ۱۳/۳٪ مطلقه و ۱۳/۳٪ بیوه بودند. بیشترین فراوانی وضعیت تحصیلی نمونه‌ها مربوط به دوره راهنمائی با ۲۳/۳٪ و کمترین فراوانی مربوط به دوره لیسانس و بالاتر با ۱۳/۳٪ بود.

دامنه سنی آزمودنی‌ها ۵۷-۱۸ سال با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۱۶ ± ۴۸ /۳۵ بود. در خصوص سابقه افسردگی در آزمودنی‌ها، نتایج نشان داد ۲۶/۷٪ آنها بین ۸-۶ سال و ۶/۷٪ بین ۱۱-۹ سال به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. نتایج آزمون لوین در خصوص پیش فرض تساوی واریانس‌ها معنی‌دار به دست نیامد ($p > ۰/۰۵$).

بنابراین با توجه به این نتیجه و مساوی بودن تعداد گروه‌های درمانی امکان استفاده از تحلیل کوواریانس برای داده‌های این پژوهش فراهم گردید. میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه تجربی و کنترل نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس آزمون کاهش داشته که این کاهش ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (پیگیری) ادامه داشته است (جدول ۱).

درمان استاندارد پزشکی

دیگر نتایج پژوهش بر اساس تغییرات درون گروهی با آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های تجربی و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد به طوری که پس از کنترل نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی)، تفاوت میانگین‌ها، معنی‌دار به دست آمد ($p < ۰/۰۵$). ضریب Eta^2 برابر با ۰/۴۳ به دست آمد که نشان می‌دهد که ۴۳٪ تفاوت مشاهده شده مربوط به شیوه‌های مختلف درمانی است. همچنین توان آماری برابر با ۱ به دست آمد که نشان می‌دهد حجم نمونه کفایت لازم را داشته است (جدول ۲).

نتایج دیگر پژوهش نشان داد میانگین نمرات افسردگی در گروه تجربی نسبت به گروه کنترل ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (مرحله پیگیری) همچنان کاهش داشته که اختلاف معنی داری را با گروه کنترل نشان می‌دهد ($p < ۰/۰۵$). توان آماری هم برابر ۰/۸۱ بدست آمد که نشان می‌دهد تنها ۱۹٪ احتمال تأیید فرضیه صفر به اشتباه وجود داشته است (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و (انحراف استاندارد) مقیاس افسردگی گروه‌های تجربی و کنترل در مراحل پژوهش

	گروه تجربی *			گروه کنترل **		
شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	۴۳/۳ (۴/۸۶)	۱۳/۴۲ (۳/۱۸)	۳۸/۲۷ (۳/۱۰)	۴۲/۶۵ (۴/۸۶)	۳۷/۰۹ (۲/۲۶)	۴۰/۸۴ (۳/۵۵)

* آموزش روانی خانواده + درمان استاندارد پزشکی

جدول ۲. تأثیر مداخلات درمانی بر بهبود علائم افسردگی بر اساس تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون

منابع تغییر	میانگین مجذورات	df	F	سطح معنی داری	Eta^2	توان آزمون
پیش آزمون	۱/۷۲۹	۱	۰/۲۰۹	۰/۶۴۹	۰/۰۰۴	۰/۰۷۳
گروه	۱۷۶/۰۱۵	۱	۲۱/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۱/۰۰

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۳. تأثیر مداخلات درمانی بر پیشگیری از عود علائم افسردگی بر اساس تحلیل کوواریانس در مرحله پیگیری

منابع تغییر	میانگین مجذورات	df	F	سطح معنی داری	Eta^2	توان آماری
پیش آزمون	۲۲۲/۵	۱	۳۵/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۳۹۳	۱/۰۰
گروه	۲۳/۸۳۳	۱	۵/۲۶۱	۰/۰۰۸	۰/۱۶۱	۰/۸۱۴

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد آموزش روانی خانواده توأم با دارو درمانی روی بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثر مثبت داشته و پس از مداخله منجر به کاهش علائم شده است به طوری که در مقایسه با گروه کنترل (دارو درمانی) اختلاف، معنی‌دار به دست آمد. نتایج این قسمت از پژوهش با پژوهش شیمودرا و همکاران (۱۶) مطابقت دارد. در پژوهش محققین فوق آموزش روانی خانواده توأم با دارو درمانی روی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد عود علائم در گروه دارو درمانی نسبت به گروه آموزش روانی خانواده توأم با دارو درمانی بیشتر بوده به طوری که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار به دست آمد که با نتایج این قسمت از پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در پژوهش دیگری بهرامی و اعتمادی اثر بخشی شیوه رفتاری-فراشناختی و آموزش روانی خانواده توأم با درمان استاندارد پزشکی در کاهش و عود علائم افسردگی و مانیای بیماران مبتلا به اختلال خلقی مورد بررسی قرار گرفت (۱۷). که نتایج به دست آمده نشان داد آموزش روانی خانواده و درمان رفتاری- فراشناختی نسبت به درمان استاندارد پزشکی (دارو درمانی) در کاهش علائم افسردگی و مانیا مؤثر بوده به طوری که اختلاف گروه اول و دوم با گروه سوم معنی‌دار به دست آمد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. البته پژوهش حاضر روی بیماران افسرده اساسی صورت گرفت در حالی که پژوهش فوق روی بیماران با اختلال دو قطبی اجرا گردید که در خصوص کاهش علائم افسردگی با همدیگر همسو هستند.

وست و همکاران (۹) در پژوهشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر خانواده را روی خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال دو قطبی مورد بررسی قرار دادند که نتایج پژوهش نشان از کاهش علائم مانیا داشته بدون آنکه تأثیر چندانی در کاهش علائم افسردگی و عملکرد روانی - اجتماعی کودکان داشته باشد که با نتایج پژوهش حاضر همخوان نیست چنین اختلاف نتایج را می‌توان به نوع اختلال نمونه‌های پژوهش و محدوده سنی بیماران نسبت داد از طرف دیگر نوع مداخله روان شناختی در دو پژوهش هم می‌تواند به تفاوت در نتایج منجر شود.

کاتسوکی و همکاران (۱۸) طی پژوهشی، آموزش روانی کوتاه چندگانه خانواده را روی بیماران با اختلال افسردگی اساسی مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد این مداخله بار روانی و فشارهای هیجانی بیماران را کاهش داده است که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد اختلاف معنی‌داری بین گروه آموزش روانی خانواده توأم با درمان استاندارد پزشکی (دارو درمانی) و گروه دارو درمانی در کاهش علائم افسردگی، ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (مرحله پیگیری) به دست آمد این قسمت از نتایج نشان می‌دهد که آموزش روانی خانواده می‌تواند در پیشگیری از عود علائم افسردگی بیماران مؤثر باشد و همانطور که فریستاد معتقد بود با افزایش هماهنگی و همکاری در خانواده می‌توان استرس در محیط خانه را کاهش داد و از این رو به کمتر شدن علائم در فرد کمک نمود (۱۵).

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

شیمازو و همکاران (۱۹) طی پژوهشی، آموزش روانی خانواده همراه با دارو درمانی را روی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد مطالعه قرار دادند، نتایج نشان داد این گروه با گروه دارو درمانی اختلاف معنی‌داری در عود علائم بیماری پس از ۹ ماه پیگیری از خود نشان دادند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی کامل دارد. این نتایج نشان می‌دهد که آموزش روانی خانواده در استمرار کاهش و جلوگیری از عود علائم نقش مهمی داشته و می‌تواند استرس‌های خانوادگی را پایین آورده و رابطه بین بیمار و اعضاء خانواده‌اش را بهبود بخشد.

در پژوهش دیگری میکلوویتز نشان داد درمان متمرکز بر خانواده می‌تواند در کاهش علائم و طولانی‌تر شدن دوره‌های بهبودی بیماران دوقطبی مؤثرتر از دارو درمانی صرف باشد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد گرچه مطالعه میکلوویتز روی بیماران دو قطبی صورت گرفته بود اما نشان می‌دهد که آموزش خانواده نقش مهمی در کاهش و پیشگیری از عود علائم بیماران می‌تواند ایفاء کند (۵). پژوهش‌های دیگر به نوعی تأثیر آموزش روانی خانواده همراه با دارو درمانی را در کاهش و پیشگیری از عود علائم بیماران افسرده نشان می‌دهد (۱۷،۸).

نتیجه‌گیری از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تک بعدی نگاه کردن به درمان بیماران افسرده، نه تنها در کاهش علائم اثر کمتری داشته بلکه منجر به افزایش عود علائم خواهد شد اما متأسفانه همان طور که نورث و همکاران (۲۰) اظهار می‌دارند بکارگیری آموزش روانی خانواده در مؤسسات بالینی و بیمارستان‌های روان پزشکی کمتر مورد توجه قرار گرفته است به همین دلیل بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه و بر اساس نظر فریستاد (۱۵) افزایش همکاری و هماهنگی اعضاء خانواده با بیمار می‌توان استرس‌های محیط خانه را کاهش داد و از عود مجدد علائم عضو بیمار خانواده، جلوگیری به عمل آورد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر را می‌توان به عدم استفاده از بیماران افسرده مرد نام برد که امکان مقایسه آن با جنس مؤنث وجود نداشت. از طرف دیگر جابجایی و تغییر برخی از اعضاء خانواده بیماران در جلسات آموزش روانی خانواده، استمرار محتوای جلسات را برای برخی اعضاء با مشکل مواجه می‌کرد.

مقایسه بیمار زن و مرد و تأثیر مداخلات روی جنسیت، یکی از پیشنهادات محقق است که در پژوهش‌های بعدی می‌توان روی آن متمرکز شد. از طرف دیگر پیشنهاد می‌شود این نوع درمان روی بیماران با اختلال دو قطبی اجرا گردد.

نتیجه‌گیری از این پژوهش نشان می‌دهد بکارگیری روش آموزش خانواده در کنار درمان‌های استاندارد پزشکی نسبت به دارو درمانی تنها می‌تواند در کاهش علائم و پیشگیری از عود علائم بیماران افسرده اساسی مؤثرتر باشد بنابراین توصیه می‌شود در بخش‌های روانپزشکی علاوه بر درمان‌های داروئی، آموزش روانی روی خانواده بیماران صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به دلیل حمایت مالی از پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از پرسنل محترم بخش روان پزشکی زنان به خصوص سرکار خانم هرچگانی مسئول بخش و کلیه خانواده‌ها و بیماران شرکت کننده در طرح که ما را در اجرای پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR. 4th Edition text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association.2000.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock,s synopsis of psychiatry: Bbehavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkines.2007:528.
3. American psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5thed. Washington DC: Author , 2000;p:285.
4. Kaplan HJ & Sadock BJ. Synopsis psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical psychiatry. 9thed. Baltimore: Williams and Wikins.2005;658-699.
5. Miklovits DJ. Family-focused treatment for adolescence with bipolar disorder Journal of Affective Disorders.2004;82:113-128.
6. Thomas LJ, Abel A,Ridgway N, Peters T, Kessler D, Hollinghurst S and et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment depression in primary care: The CoBalT randomized controlled trial protocol. Contemp Clin Trials.2012;33(2):312-319.
7. Kohler S,Hoffmann S,Unger T,Steinacher B,Dierstein N,Fydrich T. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorder. Clin Psychol Psychother.2011;17(2):86-94.
8. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ and et al. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2011;50(11):1149-1161.
9. West AE, Jacobs RH, Westerholm R, Lee A, Carbray J, Heidenreich J, Pavuluri MN. Child and family-focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: pilot stady of group treatment format. J Chan Acad Child Adolesc Psychiatry.2009;18(3):239-246.
10. Branhard B, Shaub A, & Kummler P. Impact of cognitive Psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. Journal European Psychiatry.2006;21:81-86.
11. Melo-Carrilo A, Van Oudenhove L, Lopez-Avila A. Depressive symptoms among Mexican medical students: High prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. J Affect Disord.2011;23:75-84.
12. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beek Depression Inventory: Twenty – five years of evaluation Clin Psychol Rev.1988;8:77-100.
13. Scogin F, Beutler L, Corbishley A, Hamblin D. Reliability and validity of the short from beck depression inventory with older adults. J Clin Psychol.1988;44:853-857.
14. Ghahari Sh. The effect cognitive-behavioral approach in cannabis abuse. Ph. D. Thesis in clinical psychology. University of medical sciences, Tehran psychiatric Institue,2005. (In Persian)
15. Fristad MA. Multifmily psychoeducation Groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. Journal of Bipolar Disorder.2002;4:254-262.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

16. Shimodera S, Furukawa TA, Mino Y, Shimazu K, Nishida A, Inoue S. Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: Results from a randomized controlled trial. BMC Psychiatry.2012;12(1):40.
17. Bahrami F,Etemadi A. The effectiveness of meta-cognitive behavior family psychoeducation and drug therapy on prevent relapse depressive and mania bipolar patients. Knowledge and Research in Applied Psychology. Islamic Azad University Khorasgan (Isfahan) Branch.2003;15(1):79-88. (In Persian)
18. Katsuki F, Takeuchi H, Konishi M, Sasaki M, Murase Y, Naito A and et al. Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: a pilot study. BMC Psychiatry.2011;11:56.
19. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Savada K and et al. Family psychoeducation for major depression: randomized controlled trial. Br J Psychiatry.2011;198(5):358-390.
20. North Brisbane Mental health Services. What is psychoeducation? [monograph on the Internet]. Getmentalhelp Inc, 2001;Available on: http://www.getmentalhelp.com.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]