



Formulation of individual systemic psychotherapy protocol and its effectiveness on ego depletion of depressed people

Samira Eram ,PhD student

Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Ahmad Borjali, Ph.D

Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Hosein Eskandari, Ph.D

Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Mohammad Asgari, Ph.D

Associate Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Abstract

The purpose of this study was to formulate and validate individual systemic psychotherapy and determine its effectiveness on ego depletion of depressed people. In the present study, a mixed method research of consecutive exploratory design was used, which was performed in two stages. In the first stage, after reviewing the literature and the concepts and therapies in the field of system theory, the treatment protocol was developed by qualitative content analysis and Stirling content analysis. Then 8 clinical psychologists determined the content validity of the protocol. In the second stage, to determine its effectiveness, a single-subject multiple baseline with different subjects and follow-up period was used. The statistical population included all people with depressive disorder who referred to a mental health center in Tehran in 1399. Using the available sampling method, 3 of these people were selected with the incoming and outgoing research criteria. The intervention was performed individually in 12 sessions of 60 minutes and after two months and three months, the subjects were followed up. Data were collected using semantic Stroop test. For data analysis, graphs and visual analysis of graphs were used. The results showed that the individual systemic psychotherapy protocol has an acceptable content validity. The results of the treatment intervention also showed that the symptoms of ego depletion were reduced in depressed people and this effect continued in the follow-up phase.

Keywords: Depression, Ego depletion, Individual systemic psychotherapy protocol

تدوین بسته روان‌درمانی سیستمی فردی و اثربخشی آن بر تعلیق من بیماران افسرده

سمیرا ارم

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی علامه طباطبائی، تهران، ایران

***احمد برجلی**

استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی علامه طباطبائی، تهران، ایران

حسین اسکندری

استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی علامه طباطبائی، تهران، ایران

محمد عسگری

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش، تدوین و اعتباریابی بسته روان‌درمانی سیستمی فردی و تعیین اثربخشی آن بر تعلیق من بیماران افسرده بود. در این پژوهش از روش تحقیق آمیخته از نوع طرح اکتشافی متوالی استفاده شد که طی دو مرحله انجام شد. در مرحله اول پس از مرور ادبیات و مفاهیم و درمان‌های موجود در حوزه نظریه سیستمی، بسته درمانی به روش تحلیل محتوای کیفی و روش تحلیل مضمون استرلینگ تدوین شد و سپس توسط متخصصان روایی محتوایی بسته درمانی تعیین گردید. در مرحله بعد برای تعیین اثربخشی آن از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه با آزمودنی‌های مختلف و دوره پیگیری استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه کننده به یک مرکز بهداشت روان در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳ نفر از این افراد با دارا بودن ملاکهای ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. مداخله به صورت انفرادی طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام گرفت و پس از گذشت دو ماه و سه ماه از افراد پیگیری به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون استروپ معنایی جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها، از نمودار و تحلیل دیداری نمودارها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد بسته روان‌درمانی سیستمی فردی اعتبار محتوایی قابل قبولی دارد. همچنین نتایج مداخله درمانی نشان داد که نشانه‌های تعلیق من در افراد افسرده کاهش یافته و این اثر در مرحله پیگیری تداوم داشت.

کلید واژه‌ها: افسردگی، روان‌درمانی سیستمی فردی، تعلیق من

مقدمه

افراد روان‌رنجور، جهت مدیریت خلق منفی خود باید کنترل بیشتری اعمال کنند، به طوری که برای اقدامات خودتنظیمی بعدی دچار فرسودگی (depleted) می‌شوند (Dreves, 2017)؛ مانند آنچه که در افراد افسرده دیده می‌شود. افسردگی (Depression) نه تنها با اختلال در فرآیندهای شناختی یا عاطفی، بلکه با اختلال در طیف وسیعی از فرآیندهای مربوط به خودتنظیمی (self-regulation) رفتار نیز شناخته می‌شود (Strauman & Eddington, 2017). تحقیقات، مکانیزم‌های بالقوه‌ای را شناسایی کرده‌اند که در آن‌ها مشکل در خودتنظیمی، می‌تواند به ایجاد و حفظ افسردگی کمک کند. اختلال در خودتنظیمی عامل خطری برای افسردگی است (et al, 2006). اما آنچه که در اختلال افسردگی کمتر مورد توجه قرار گرفته تعلیق من و در نتیجه ناتوانی در خودتنظیمی است که یکی از توانایی‌های حیاتی انسان است؛ در حالی که یادگیری نحوه تقویت من و خودتنظیمی می‌تواند احتمال افسردگی را کاهش دهد.

با توجه به پیامدهای منفی تعلیق من محققان تلاش کرده‌اند تا اثرات آن را کاهش دهند؛ مطالعات قبلی راه‌هایی را برای مقابله با این اثرات، از جمله مصرف نوشیدنی گلوکز (glucose drink)، افزایش خودآگاهی (self-awareness)، ارتقاء خودتاکیدی (self-affirmation)، دستکاری انگیزه (manipulating motivation) و القاء عاطفه مثبت (positive affect) معرفی کرده‌اند (Zhu & et al, 2015). همچنین مطالعات فراوانی بر راهبردهای مداخله در افسردگی (مانند دارودرمانی، روان‌درمانی)، تمرکز کردند (Hawley & et al, 2017). اما با وجود در دسترس بودن چنین درمان‌هایی، بار افسردگی بر سلامت عمومی همچنان قابل توجه است و درصد زیادی از افراد از درمان‌های موجود بهره کافی نمی‌برند (Beutler & Clarkin, 2014). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه در درمان و راهبردهای مدیریت افسردگی، کمتر از ۵۰ درصد از بیماران به داروهای ضد افسردگی خط اول یا روان‌درمانی پاسخ می‌دهند و همچنان شناسایی درمان بهینه برای این بیماران مبهم باقی مانده است (van Bronswijk & et al, 2018). از طرفی با توجه به شواهد، خودتنظیمی می‌تواند یک استراتژی مهم برای کاهش علائم افسردگی و پیشگیری از

من (ego) هسته مرکزی شخصیت فرد است؛ هسته‌ای که محافظت از تمامیت نظام روان و وظایف مختلفی، از جمله تنظیم افکار، هیجانات، تکانه‌ها و همچنین مواجهه با سرخوردگی یا شکست را بر عهده دارد. در اختلالات روان‌شناختی، این هسته مرکزی شخصیت آدمی است که با مشکل در کارکرد مواجه می‌شود. در بیماران افسرده، نیز من در انجام وظایف و کارکردش دچار مشکل می‌شود. مهم‌ترین اختلال کارکرد من، تعلیق من است. چنانچه من تکانه‌ای را تنظیم کند، توانایی کمتری برای تنظیم تکانه‌های بعدی خواهد داشت؛ به عبارتی درگیر شدن فرد در یک عمل کنترل شده و عامدانه (willful action) به سرعت ظرفیت درونی وی را کاهش می‌دهد که در اصطلاح گفته می‌شود فرد دچار "تعلیق من" (Ego depletion) شده است. من در این وضعیت نمی‌تواند درست عمل کرده و از آسیب رسیدن به خود محافظت کند (Baumeister, Schmeichel & Vohs, 2003).

حالت تعلیق من، همراه با تأثیر عوامل استرس‌زا، ممکن است به عنوان پایه‌ای برای سبک شناختی منفی عمل کند. افراد دچار تعلیق من به استرسورها از لنز سبک شناختی منفی نگاه کرده و یاد می‌گیرند احساس ناامیدی کنند زیرا تجربه آن‌ها ناتوانی‌شان را برای حل مشکلات بارها و بارها نشان داده است. سبک شناختی منفی اجتناب‌ناپذیری می‌شود، زیرا فرد در وضعیت ثابتی از خستگی ذهنی و بی‌ارادگی است و به طور مداوم تقویت می‌شود تا فکر کند که نمی‌تواند فرار کند. آن‌ها مجبور به تثبیت، تعمیم و درونی‌کردن مشکلات زندگی هستند افراد دچار تعلیق من دچار ناتوانی در خودکنترلی یا خودتنظیمی هستند (Baumeister, 2003).

بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که عاطفه منفی منجر به خودتنظیمی ضعیف می‌شود (Dreves, 2017). یک توضیح برای اینکه چرا عاطفه منفی منجر به شکست در خودتنظیمی می‌شود این است که افراد آشفته درگیر خود نظارتی (self-monitoring) و تلاش برای کنار آمدن با خلق و خوی منفی خود بوده و منابع مورد نیاز برای اعمال کنترل در تکالیف بعدی را مصرف می‌کنند و در نتیجه دچار تعلیق من می‌شوند (Muraven & Baumeister, 2000). به این معنا که

فرآیندهای درونی فرد عمدا نادیده گرفته می‌شود. تاکید می‌شود که در گذشته متخصصان و محققان سیستمی بر تأثیر روابط انسانی در تفکر درونی داشتند، حال باید با درک عمیق‌تر از نقش افراد در سیستم‌های بین فردی متعادل (counterbalanced) شود. این به معنای نادیده گرفتن اهمیت نفوذ گروه‌های اجتماعی و به ویژه خانواده در شکل دادن به تجارب ذهنی نیست، بلکه به این معنی است که فرد به عنوان یک گیرنده صرف و منفعل از محرک‌های خارجی نیست. در رویکرد سیستمی مدرن هر دو جهان درونی و بیرونی درمانگر و مراجع و رابطه با سیستم‌های اجتماعی که در آن قرار گرفته‌اند، تبدیل به قلمرو مورد بررسی شده‌است. در این رویکرد مداخلات ممکن است بر روی یک فرد متمرکز شوند اما چشم‌انداز بر روی پویایی خانواده و منابع اجتماعی حفظ می‌شود. به نظر می‌رسد سیستم‌های اجتماعی به افراد معنی و هویت می‌دهند؛ درمانگران سیستمی (مانند هم‌تایان گشتالتی یا پدیدارشناس خود) هرگز با افراد بدون اشاره به زندگی گسترده‌ترشان کار نمی‌کنند (Tramonti & Fanali, 2015). در رویکرد فوق، تمرکز بر روی فرد است؛ درک مراجع از موقعیت ضروری است و رویکرد اساسی درمان سیستمی متعهد کردن مراجع به درمان مسائل‌شان است؛ هدف در نهایت این است که فرد به سیستمی خودتنظیم‌گر تبدیل شده و راه‌حل‌ها در موقعیت‌های مختلف را با کمترین ورودی از سیستم درمانگر بیابد. ساخت هویت فردی و همچنین دستیابی و حفظ شرایط رفاه روانی، یک فرآیند پویا است که شامل چندین متغیر وابسته به منابع فردی و محیطی است که جدا کردن تأثیرات آن‌ها غیرممکن است. در رویکرد فوق هر دو جهان درونی و بیرونی درمانگر و مراجع و رابطه با سیستم‌های اجتماعی که در آن قرار گرفته‌اند، تبدیل به قلمرو مورد بررسی شده‌است.

بررسی‌ها از تأثیر درمان‌های سیستمی در درمان افسردگی در بزرگسالان پیشنیایی می‌کنند (Wampler, Miller, Seedall & McWey, 2020; Carr, 2018; Strauman & Eddington, 2017; Mangion, 2017; Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff, 2011). بنابراین باید راه‌هایی در نظر گرفته شود که تفکر سیستمی را در تفکر و عمل روان‌درمانی عمومی به کار گرفت. شواهد قابل توجهی وجود دارد (هم به لحاظ نظری و

اپزودهای بعدی باشد) (Hagerty, Bathish & Kuchman, 2018) و در این میان نظریه سیستمی راه‌جالبی برای مدل‌سازی برخی از فرایندهای تنظیمی و اخلاک‌گر (regulating and disrupting processes) ارائه می‌دهد؛ جایی که الگوهای مرسوم رفتار و تعامل خارج از حیطه آگاهی مانده و نسبت به تغییر مقاومت شده و در نهایت ثبات در طول زمان تضمین شده‌است. بر اساس این رویکرد، اجزای وابسته به هم که سیستم را تشکیل می‌دهند باید به سبکی تنظیم شوند که هدف بتواند محقق شود؛ تنظیم اشاره دارد که انحراف ضرورتاً مشخص و اصلاح خواهد گردید. در نهایت هدف رسیدن به استقلال و کنترل است که فرد طی فرآیند خودتنظیمی به آن دست می‌یابد. علاوه بر این‌ها افسردگی اختلالی پیچیده با عناصر بسیاری شامل عوامل زیستی و روان‌شناختی و پویایی‌های رابطه‌ای (relationship dynamics) است که در ترکیبی پیچیده با یکدیگر تعامل دارند (MacFarlane, 2008)؛ بنابراین به یک مدل درمانی که قادر به رسیدگی به همه جنبه‌های زیستی، روان‌شناختی و ارتباطی پیچیده در افسردگی باشد، نیاز است. از این جهت در پژوهش فوق رویکرد سیستمی مورد توجه قرار گرفت.

رویکرد سیستمی به نحوه تعامل سیستم‌ها و چگونگی تشکیل کلی که بیشتر از تک تک عناصر است؛ می‌پردازد؛ این رویکرد طیفی از سیستم‌های درون فردی، میان فردی و کلان انسانی را مشخص می‌کند. به طوری که نشان می‌دهد همه ما در یک شبکه زندگی (web of life) (هم بیولوژیکی و هم اجتماعی) محصور هستیم و مشکل در یک زیر سیستم می‌تواند کار دیگر زیرسیستم‌ها را مختل کند. حالت ایده آل این است که، فرد به عنوان یک سیستم باز پویای در حال تغییر، با درجه بالایی از هم‌تماس و هم‌تمایز عمل کند و توانایی پاسخگویی و گشودگی نسبت به تغییر را داشته‌باشد. سیستم مشکل‌دار به صورت سیستم بسته با الگوهای ثابت رفتاری عمل می‌کند. در سیستم‌های بسته، هر تغییری با یک اقدام جبرانی مواجه شده و این امر موجب حفظ وضعیت موجود می‌شود (Finlay, 2016).

درحالی‌که برای سال‌ها، متخصصان خانواده با مهم‌ترین زمینه اجتماعی افراد، یعنی خانواده، سر و کار داشتند،

روش پژوهش

روش این پژوهش آمیخته و با استفاده از طرح اکتشافی متوالی بود. طرح متوالی اکتشافی شامل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها با روش تحقیق کیفی در مرحله اول و سپس استفاده از نتایج آن برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های کمی است که در نهایت یک تفسیر و جمع‌بندی کلی از نتایج هر دو روش در قالب یک مطالعه صورت می‌گیرد. لذا این پژوهش طی دو مرحله کیفی و کمی به صورت زیر انجام شد:

در مرحله اول از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد، به این صورت که کتب، مقالات و پایگاه‌های مختلف داده‌های مرتبط با مفاهیم و درمان‌های موجود در حوزه نظریه سیستمی، با روش تحلیل مضمون (Sterling, 2001)، مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت و بر اساس نتایج آن بسته روان‌درمانی سیستمی فردی تدوین گردید. پس از تدوین بسته، جهت اعتباریابی آن با بهره‌گیری از نظر متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی بالینی (اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های تهران) برای تعیین روایی محتوایی بسته درمانی، اقدام شد. در مرحله دوم برای تعیین اثربخشی آن از طرح تجربی تک موردی یا تک‌آزمودنی از نوع چند خط پایه با آزمودنی‌های مختلف و دوره پیگیری استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش در بخش کیفی را کلیه منابع حاوی دیدگاه‌های نظری و تحقیقات مرتبط با نظریه سیستمی در پایگاه‌های اطلاعاتی Google scholar, scopus, sciencedirect, wiely, Pub med, ISI web of scienc, Iran doc, Noormag, SID, magiran در بازه زمانی ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۰ تشکیل دادند. سپس در این بخش برای تعیین روایی محتوایی بسته درمانی تهیه شده، از متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی بالینی و عضو هیأت علمی دانشگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۹ به عنوان جامعه آماری استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش در بخش کمی را کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به یک مرکز بهداشت روان، در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه پژوهش را ۳ نفر از افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز مورد نظر در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که با روش نمونه-گیری در دسترس با تشخیص اولیه توسط روان‌شناس بالینی و

هم عملی) که متغیرهای بین فردی و زمینه‌ای فقط مربوط به درمان خانواده و زوج نیست. روان‌درمانی نیاز به فراتر رفتن از تمایز قائل شدن بین خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی و درمان فردی دارد و باید به سمت یک منظر جامع‌تر و یکپارچه‌تر حرکت کند که دیدگاه سیستمی و فردی را به روان‌درمانگری مطلوب و موفقیت‌آمیز پیوند دهد (Heatherington & et al, 2015).

بنابراین با توجه به اینکه افسردگی مسئله‌ای بسیار شایع و در حال رشد بوده و از جمله اختلالات مزمن و علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان است و از آن‌جا که میزان شیوع افسردگی در کشور ما از آمارهای گزارش شده در سطح جهانی بیشتر بوده و شایع‌ترین اختلال روانپزشکی، افسردگی اعلام شده است؛ و با توجه به اینکه این اختلال با افزایش خطر بیماری‌های جسمانی، کاهش در عملکرد، کیفیت زندگی و افزایش خطر خودکشی همراه است شناسایی عوامل مؤثر بر شروع و حفظ این اختلال و طراحی مداخلات و برنامه‌های درمانی بهینه از اهمیت اساسی برخوردار است. همچنین درمان‌های موجود در حیطه افسردگی به مساله تعلیق من و یا ارتقای مهارت‌های خودتنظیمی نپرداخته‌اند؛ لذا به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی برای یافتن عوامل مرتبط با این اختلال و انجام اقدامات مداخله‌ای در پیشگیری از پیشرفت آن می‌تواند از وقوع پیامدها و مسائل ناگوار بعدی ممانعت کند. به علاوه یکی از انتقاداتی که در حوزه پژوهش‌های درمان‌های سیستمی مطرح می‌شود فقدان بسته‌های درمانی دقیق و مشخص است؛ در حالی که ایجاد زمینه برای توسعه برنامه‌های مداخله ساخت-یافته و مشخص و آزمون چنین مداخلاتی با تحقیقات و آزمایشات بالینی می‌تواند مفید باشد. در این راستا هدف اصلی پژوهش حاضر ضمن تدوین و اعتباریابی بسته روان‌درمانی سیستمی فردی (Individual systemic psychotherapy)، این است که اثربخشی این بسته درمانی را بر تعلیق من افراد افسرده بررسی کند. بنابراین در این پژوهش سوال اول این است که آیا بسته روان‌درمانی سیستمی فردی از روایی محتوایی برخوردار است؟ و سوال دوم این است که آیا بسته روان‌درمانی سیستمی فردی بر تعلیق من بیماران افسرده موثر است؟

شکست خوردگی، احساس گناه مراجعه کرده بود. وی اذعان می‌کند در چند ماه اخیر افکاری چون کشتن خود و فرزندانش را در سر می‌پروراند اما با کمک باورهای مذهبی با این افکار غلبه کرده است. آزمودنی والدینی کنترل‌گر و عیب‌جو داشته و کم‌کم به این باور رسیده که بی‌کفایت و ناتوان است. وی علاقه‌ای به رشته دانشگاهی خویش نداشته، به اجبار والدین آن را انتخاب کرده و به زحمت به پایان رسانده است و به شدت در زمینه تحصیل احساس سرخوردگی دارد. آزمودنی در مواجهه با مسائل زندگی همواره خود را سرزنش کرده و عمیقاً باور دارد از هر نظر فردی بی‌کفایت است.

ابزار پژوهش

آزمون استروپ (Stroop task): به منظور سنجش خودکنترلی و در نتیجه تعلیق من از آزمون (رنگ-واژه) استروپ استفاده شد. آزمون استروپ در مطالعات تعلیق من آزمون استاندارد است. این آزمون اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط جان رایدلی استروپ (John Ridley Stroop) ساخته شد. در واقع این آزمون جهت سنجش توانایی انعطاف ذهنی و ارزیابی توانایی فرد در مهار پاسخ‌های تکانشی در نظر گرفته می‌شود. محرک‌ها شامل کلمات رنگی در چهار رنگ (قرمز، سبز، آبی و زرد) نمایش داده می‌شدند. برخی از محرک‌ها ناهمخوان (incongruent) (معنای کلمه و رنگ نمایش داده شده متفاوت بود)، و برخی هم‌مخوان (congruent) بودند (معنای کلمه و رنگ مورد نظر یکسان بودند). این آزمون اغلب به عنوان یک آزمون ارزیابی انعطاف‌پذیری شناختی، مهار پاسخ و توجه انتخابی توصیف می‌شود (Homack, 2004). در آزمون استروپ مرحله رنگ-کلمه، به عنوان معیاری برای سنجش توانایی انعطاف ذهنی در نظر گرفته می‌شود. همچنین این مرحله به عنوان معیاری برای ارزیابی توانایی فرد در مهار پاسخ‌های تکانشی در نظر گرفته می‌شود. در بررسی نتایج به دست آمده با این آزمون، طولانی‌تر شدن زمان پاسخ و افزایش خطا در هنگام تشخیص رنگ-کلمه ناهمخوان، نسبت به زمان دیدن رنگ-کلمه همخوان، مشاهده شده است (Badzakova, 2009). با توجه به کاربردهای مختلف آزمون استروپ در مطالعات مختلف تغییرات زیادی در مدل اصلی از نظر تعداد رنگ‌های نمایش داده شده، زمان نمایش

مصاحبه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱. داشتن علائم و نشانه‌های افسردگی ۲. سن بالای ۲۵ سال ۳. موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی و ملاک‌های خروج شامل: ۱. دارا بودن علائم و اختلالات روان‌پریشی و اختلال شخصیت شدید ۲. دارا بودن علائم افسردگی شدید ۳. استفاده از داروهای روانپزشکی و همچنین سایر مداخلات روانشناختی در طول مطالعه بودند.

آزمودنی اول: مردی ۴۸ ساله، متاهل دارای ۳ فرزند، دارای مدرک دکترای جامعه‌شناسی، که با علائمی چون ناامیدی، بی‌لذتی، افت در تمرکز، احساس شکست خوردگی و بی‌معنایی مراجعه کرده بود. آزمودنی اذعان داشت علائم او پس از تجربه شکست و محرومیت تحصیلی در مقطع ارشد و دکتری و پس از آن شروع شده است. حس شکست خوردگی و سرخوردگی، خودسرزنش‌گری، بی‌ارزشی و بی‌انگیزگی در فرد بارز بود. اگر چه به کار و وظایف خود رسیدگی کرده اما هرگز احساس رضایت و لذت از زندگی نداشته است و نیز وی تمایلی به مصرف دارو نداشته و تا به حال به روانشناس مراجعه نکرده بود.

آزمودنی دوم: خانمی ۳۹ ساله، مجرد، دارای مدرک کارشناسی ارشد معماری بود که پیش از این مدیر یک آتلیه معماری بوده اما در ۲ سال اخیر دست از کار کشیده بود. وی علائمی چون غمگینی، خستگی و کم‌توانی در انجام امور، عدم تمرکز، مشکل در تصمیم‌گیری و تغییر در الگوی خواب و خوراک را گزارش کرده بود. آزمودنی بیان می‌کند که مدت ۸ سال در ارتباط با فردی است که چندین بار جدا شده و بار دیگر ارتباط از سر گرفته شد ولی هیچ‌کدام قادر به تصمیم‌گیری برای جدایی یا ازدواج نیستند. وی اذعان می‌کند که به تدریج توانمندی، عزت نفس و استقلال خود را از دست داده و مدام خود را به دلیل اشتباهاتش و نیز ناتوانی در ترک رابطه‌ای ناراضی‌تمندانه سرزنش می‌کند. وی سابقه مراجعه به روانشناس داشته ولی تنها دو جلسه شرکت کرده و به دلیل عدم رضایت ادامه نداده است.

آزمودنی سوم: خانمی ۲۹ ساله، متاهل، دارای دو فرزند و دارای مدرک کارشناسی حسابداری و خانه‌دار است. وی با علائمی چون غمگینی، بی‌حوصلگی، خستگی، احساس

محرک‌ها و فاصله زمانی بین نمایش محرک‌ها ایجاد شده است. اغلب از دو رنگ سبز و قرمز، که در مطالعات گذشته معنی-دارترین واکنش را در افراد ایجاد می‌کردند، استفاده می‌شود. هر کلمه به مدت ۱٫۵ ثانیه با فاصله زمانی ثابت ۳ ثانیه‌ای نمایش داده می‌شود. برای پاسخ دادن دو دکمه در اختیار افراد قرار می‌گیرد که فرد باید با انگشت سبابه دست راست، دکمه سمت چپ را که معرف رنگ سبز است در پاسخ به محرک سبز و با انگشت سبابه دست چپ، دکمه سمت راست را که معرف رنگ قرمز است در پاسخ به محرک قرمز در سریع‌ترین زمان ممکن فشار دهند (Homack, 2004). به منظور نمره‌دهی و تفسیر نتایج حاصل از این آزمون، نمرات زیر به صورت مجزا برای گروه کلمات همخوان و ناهمخوان محاسبه می‌شوند: تعداد خطا، درصد تعداد پاسخ صحیح، زمان واکنش (reaction time). پژوهش‌های انجام شده پیرامون آزمون استروپ نشانگر اعتبار و روایی مناسب آن در سنجش بازداری در بزرگسالان و کودکان است. پایایی استروپ به شیوه بازآزمایی در دامنه‌ای از ۸/۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (Baron, 2004). این آزمون را فرددی و ضیایی (۱۳۸۹)، برای کاربران فارسی زبان ساخته و اعتباریابی کردند. آن‌ها در مطالعه مروری خود چنین نتیجه گرفتند که آزمون استروپ همسانی درونی قابل قبولی دارد (آلفای کرونباخ، ۰/۸۰). جمعه‌پور نیز اعتبار این آزمون را در ایران ۰/۹۳ گزارش کرده است (Ahmadi Bejagh, 1393). (Saeedinezhad & Ahmadi Bejagh, 1393).

در این پژوهش با توجه به مبانی نظری آزمون کلاسیک استروپ، در محتوا و نحوه اجرای آن تغییراتی به عمل آمد که اهم آن‌ها از این قرار است؛ محرک‌های این آزمون واژگان خنثی و با بار هیجانی منفی بود که به صورت متداخل و تصادفی هر یک برای مدت زمان ۱ ثانیه و با فاصله زمانی ۷۵۰ هزارم ثانیه با رنگ‌های قرمز و سبز ارائه شدند. برای پاسخ دو دکمه صفحه کلید رایانه با برچسب رنگی قرمز و سبز مشخص شده‌اند (دکمه؟، سبز و دکمه Z، قرمز). آزمودنی باید برای پاسخ دادن از دو انگشت اشاره دست راست و چپ استفاده کرده و با حداکثر سرعت و صرف‌نظر از معنای کلمات، برای واژه‌های سبز دکمه سبز و برای واژه‌های قرمز، دکمه قرمز را فشار دهد. برای تعیین واژگان با بار هیجانی و واژگان خنثی ابتدا تعدادی واژه

از پژوهش‌های مرتبط با آزمون استروپ استخراج شد و پس از نظر خواهی از ۸ نفر از اساتید و صاحب‌نظران روانشناسی و علوم شناختی، با بررسی روایی محتوایی این واژگان، ۱۶ واژه به عنوان واژگان مورد نظر در پژوهش حاضر انتخاب شدند. جفت واژگان با بار هیجانی و خنثی اولیه به ترتیب عبارت بودند از: گناه-گواه، غم-نم، مرگ-برگ، نومید-توحید، شکست-پیوست، درد-مرد، رنج-گنج، تنهایی-فضایی، تنها-رعنا، درمانده-جوشانده، آسیب-آمیب، خسته-هسته، بدشانس-سکانس، بدبخت-جارخت، فاجعه-واقعه، بیمار-معمار، دشوار-گفتار، جهنم-مقدم، شرم-رسم، خشم-یشم و فقیر-کویر.

از این واژگان تعداد ۱۶ واژه، (۸ واژه با بار هیجانی منفی و ۸ واژه با بار خنثی) انتخاب شدند. که واژگان نهایی عبارت بودند از: گناه-گواه، غم-نم، مرگ-برگ، نومید-توحید، شکست-پیوست، رنج-گنج، تنهایی-فضایی و شرم-رسم. همه واژگان انتخاب شده با دو رنگ قرمز و سبز به طور تصادفی توسط نرم افزار استروپ به نمایش درآمدند. به آزمودنی‌ها گفته شد "شما واژه‌هایی را خواهید دید که با دو رنگ قرمز و سبز نوشته شده‌اند. باید خیلی سریع بدون در نظر گرفتن معنای واژه با توجه به رنگ واژه دکمه سبز یا قرمز را فشار دهید". هر واژه ۸ مرتبه، (۴ بار قرمز و ۴ بار سبز) ارائه شد.

در آزمون استروپ، پدیده تداخل توجیه‌کننده کندی پاسخ-دهی فرد در پاسخ به محرک‌هایی که دارای بار هیجانی برپاکننده بودند، است. به عبارت دیگر، به دلیل آنکه فرد دارای سوگیری نسبت به محرک‌های هیجانی است، توجه وی در وهله نخست به محتوای این محرک‌ها معطوف می‌شود و زمانی که از او خواسته می‌شود تا با حداکثر سرعت، رنگ این محرک‌ها را تعیین کنند، تداخل صورت می‌گیرد. تداخل در پردازش اطلاعات مختلف به‌طور همزمان، علاوه بر کندی پاسخ‌دهی، سبب خطای پاسخ نیز می‌شود (Smith & Rieger, 2006). از این جهت در این پژوهش، درصد پاسخ‌های صحیح آزمودنی‌ها به عنوان معیاری جهت ارزیابی میزان تغییر مدنظر قرار گرفت.

بسته روان‌درمانی سیستمی فردی

بسته روان‌درمانی سیستمی فردی براساس اصول و مفاهیم نظریه سیستمی تدوین شد. برای اعتباریابی محتوایی بسته، این ابزار در اختیار ۸ نفر از متخصصان روانشناسی بالینی قرار گرفت تا بر اساس تجارب و مشاهدات خود، به ترتیب اهمیت، مهم‌ترین مؤلفه‌ها و ابعاد را شناسایی و سپس محتوای بسته درمانی اصلاح شد. نمونه مضامین استخراج شده در جدول ۱ و خلاصه جلسات درمانی در جدول ۲ آمده است.

روش اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها

در بخش کیفی با استفاده از روش تحلیل مضمون (Sterling, 2001)، منابعی که در زمینه نظریه سیستم‌ها و روان‌درمانی سیستمی وجود داشتند، تحلیل شدند. با در نظر گرفتن مضامین پایه به دست آمده، محتوای جلسات مرتبط با ابعاد مختلف روان‌درمانی سیستمی فردی تدوین شدند. سپس این بسته به متخصصان معرفی و به بررسی روایی محتوای آن پرداخته و سپس اثربخشی آن بر تعلیق من افراد افسرده مورد مطالعه قرار گرفت. جهت بررسی اثر بخشی بسته روان‌درمانی سیستمی فردی از طرح چند خط پایه با آزمودنی‌های مختلف استفاده شد. در این طرح ابتدا داده‌های خط پایه برای آزمودنی‌های پژوهش گردآوری شد؛ به این صورت که به طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و تفاوت بین افراد در تعداد جلسات خط پایه بود. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی، وارد مرحله مداخله شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از دو جلسه ارزیابی در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه درمان شد و بعد از آن مراجع دوم پس از سه جلسه خط پایه و در جلسه دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز پس از چهار جلسه خط پایه در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان شد. و سپس مداخله برای آزمودنی اول آغاز شد؛ در صورتی که آزمودنی‌های دیگر، همچنان در موقعیت خط پایه قرار داشتند. مداخله در ۱۲ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت یک ساعت صورت گرفت. به

منظور پیگیری نیز افراد ۲ ماه و ۳ ماه پس از درمان مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. در طرح‌های تک آزمودنی روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری (Visual analysis) نمودارهاست. در تحلیل دیداری از شاخص طراز (level)، روند (Trending)، ثبات (Stability)، درصد داده‌های غیر همپوش (Percentage of Non-Overlapping Data) (PND) و درصد داده‌های همپوش (Percentage of Overlapping Data) (POD) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش نخست کتاب‌ها، مقاله‌ها و پایان نامه‌های متفاوت در زمینه نظریه سیستم‌ها و روان‌درمانی سیستمی از تاریخ ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۰ با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی جمع‌آوری و مرتبط‌ترین منابع با موضوع مورد پژوهش تحلیل شدند. در تحلیل مضمون، نخست برای اینکه پژوهشگر با عمق و گستره محتوایی داده‌ها آشنا شود، به بررسی و مطالعه مقاله‌های داخلی و خارجی در زمینه نظریه سیستم‌ها و روان‌درمانی سیستمی پرداخته شد سپس از نکات کلیدی منابع یادداشت برداری شد. مطالب مختلفی که از مقاله‌ها و کتاب‌های گوناگون به دست آمد، در نگاه نخست، بدون انسجام بود. بنابراین نخست مضامین سازمان دهنده و پایه شناسایی شدند و بعد در جدول‌های مربوط به هر مضمون قرار داده شدند. در مرحله بعد مضامین انتخاب شده بررسی و بازبینی شدند. بعد از بررسی دوباره به دسته بندی مضامین پرداخته شد تا هر کدام در زیر کد مناسب قرار گرفته باشند. با در نظر گرفتن مضامین پایه به دست آمده، محتوای جلسات مرتبط با ابعاد مختلف روان‌درمانی سیستمی فردی تدوین شدند. سپس این بسته معرفی و به بررسی روایی محتوای آن پرداخته و سپس اثربخشی آن بر تعلیق من افراد افسرده مورد مطالعه قرار گرفت. نمونه مضامین استخراج شده در جدول شماره ۱ آورده شده است:

جدول شماره ۱ نمونه مضامین استخراج شده از متون

ردیف	متن	مضامین پایه	مضامین سازمان دهنده
۱	با استفاده از قطعات گفتگو می‌توان رابطه درمانی را شکل داد. رابطه درمانی در برگرفته اتحاد درمانی میان درمانگر و بیمار، ترمیم ارتباط‌های گسسته و توافق روی اهداف قابل دستیابی است. نتایج فراتحلیل نشان داده‌اند رابطه بیمار و درمانگر به اندازه فنون درمان تاثیر گذار است.	ارتباط و اتحاد درمانی	
	درمانگر سوالات را طراحی می‌کند تا اطلاعات جدید از مراجع کسب کرده و یا اطلاعات موجود در سیستم وی را بررسی کند. انواع سوالاتی که مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل سوالات سقراطی، سوالات خطی در مقابل سوالات حلقوی، سوالات باز در مقابل سوالات بسته و سوالات مقیاس‌بندی است. استفاده ماهرانه از سوالات به کشف جنبه‌هایی از مشکل که پیش از این نادیده گرفته شده بود، کمک می‌کند. سوالات برای فرایند تغییر نیز ضروری هستند.	سوالات	گفتگو
	درمانگر از عبارات و جملات اخباری اطلاعات جدید را معرفی کرده و یا اطلاعات موجود در سیستم مراجع را بازتفسیر می‌کند. گفته‌های درمانگر می‌تواند بخشی از گوش دادن فعال و همدلی و جهت تقویت اتحاد درمانی باشد. همچنین برای اهداف آموزشی استفاده می‌شوند.	اظهارات	
	تسهیل گفتگو گاه از طریق هدایت آن و از طریق تاثیر بر جهت آن صورت می‌گیرد. در جلسات، از رهنمودها برای شروع، توقف و یا تغییر مسیر مکالمه استفاده می‌شود.	رهنمودها	
۲	اولین تفاوت اساسی بین درمان سیستمی و سایر اشکال روان‌درمانی مفهوم سیستم مراجع است. درمانگر فرد را جزئی از سیستم زیستی روانی اجتماعی بزرگتر در نظر می‌گیرد. در مراحل اولیه درمان کسب اطلاعات با ارزش درباره سیستم مراجع ضروری است. درمانگر بافت اجتماعی فعلی فرد و نگرانی‌های وی در مورد مشکل اصلی ارائه شده را مورد بررسی قرار می‌دهد. بررسی اینکه چه عواملی بر عملکرد سیستم اثر گذاشته و درک‌جای سیستم چندسطحی قرار می‌گیرند از جمله سطح فردی، رابطه‌ای، خانواده، جامعه؛ موجب تهیه اطلاعات بالینی زیادی شده و تعیین‌کننده‌ترین عوامل در سیستم مراجع مشخص می‌شوند.	شناسایی مشکل	فرضیه سازی
	توالی چرخه الگوی اعمال، معانی و هیجانات تکرار شونده است. توالی‌ها مسیری اساسی، در دسترس و در نهایت قابل تغییر برای کار با مشکل فراهم می‌کنند. فرایند درمان شامل شناسایی توالی‌هایی است که مشکل در آن‌ها تعبیه شده‌است. اگر ما به اینکه "چه چیز، به دنبال چه چیزی می‌آید" توجه کنیم؛ می‌توانیم به ارزیابی و ایجاد توالی‌های جایگزین که برای مراجعان بهتر کار می‌کنند؛ پردازیم. جزئیات راه‌حل از شناخت نقاط قوت مراجع، راه‌حل‌های شکست‌خورده، تجزیه و تحلیل مشترک، حس مشترک، تخصص درمانگر، و تناسب فرهنگی می‌آید.	توالی مشکل	

		<p>کاوش درباره راه‌حل‌های شکست خورده فرد اهمیت دارد چرا که گاه یک راه‌حل خود ممکن است مساله باشد.</p>	
محدودیت‌ها		<p>اکثر مدل‌های درمانی این موضوع را مطرح می‌کنند علت مشکل چیست؟ و مشکلات را ناشی از نقص در سیستم مراجع می‌دانند، تغییر زمانی رخ می‌دهد که این نقص در درمان در نظر گرفته شود و بر اصلاح منابع اصلی اختلال می‌پردازند اما درمان سیستمی بر سوال دیگری مبتنی است: چه چیز مانع از حل مشکل می‌شود. تفاوت بین دو سوال " علت مشکل چیست؟" و " چه چیز مانع از حل مشکل می‌شود؟" بر تعریف بی‌تسون، در مورد توضیح مثبت و منفی مبتنی است. در این رویکرد عقیده بر این است که فرد قادر به حل مشکلات خود نیست زیرا گرفتار شبکه‌ای از محدودیت‌هاست که مانع از انجام این کار می‌شوند.</p>	
شناسایی ماهیت و انواع محدودیت‌ها: افکار و معانی شخصی، هیجان‌ها روایت‌ها		<p>فرضیه اولیه این است که سیستم مراجع به دلیل محدودیت هیجان‌ها و یا افکار نتوانسته است دنباله راه‌حل را پیاده سازی کند. اجرای دنباله راه‌حل نیاز به جایگزینی افکار یا هیجان‌ها محدودکننده با افکار و هیجان‌ها سازگارانه دارد. اینجا تمرکز بر افکار و هیجان‌ها تجربه شده توسط مراجعان است. کاوش در معانی شخصی و تلاش برای بازسازی معنا از طریق روایت‌گری و دسترسی به هیجان‌ها از طریق استعاره‌ها به خلق معنای جدید و تنظیم هیجان‌ها محدودکننده و شناسایی و دسترسی به هیجان‌ها متناسب و سازگار با زمینه کمک می‌کند.</p>	
دیگر محدودیت‌ها: توالی‌های مشکل چند نسلی محدودیت در بازنمایی-های درونی شناسایی بخش‌هایی از خود		<p>هنگامی که رسیدگی و بحث مستقیم در مورد معنی و هیجان‌ها نتواند توالی مسئله یا محدودیت را حذف کند، درمانگر به سطح بعدی پیچیدگی حرکت می‌کند. گاه فرد بالغ قادر به تغییر مشکلات فعلی خود نیست زیرا محدودیت‌های ناشی از توالی‌های مشکل چند نسلی مربوط به خانواده اصلی در توالی راه‌حل دخالت می‌کند. و گاه فرد به دلیل محدودیت در بازنمایی درونی از خود و دیگران نتوانسته توالی راه حل خود را عملی کند. به طور معمول، این بازنمایی‌های درونی ناشی از تجربیات مکرر در کودکی و نوجوانی آن‌ها است. بخش‌های مختلف سیستم درون‌روانی فرد متقابلاً بر هم اثر می‌گذارند لازم است بخش‌هایی از خود که توالی راه حل را محدود می‌کنند شناسایی و با بخش‌هایی که دنباله راه‌حل را تسهیل می‌کنند جایگزین شوند. ناشی از توالی‌های مشکل چند نسلی مربوط به خانواده اصلی در توالی راه‌حل دخالت می‌کند.</p>	
برنامه ریزی / (معنا) / هیجان، رفتار، خانواده اصلی، بازنمایی درونی	ماتریس تصمیم‌گیری شامل: چارچوب‌های برنامه ریزی در سطح (معنا) / هیجان، رفتار، خانواده اصلی، بازنمایی درونی	<p>راهنمایی برای فرایند تصمیم‌گیری بالینی لازم است تا به درمانگران بگوید؛ چه باید بکنند، چه زمانی، با چه کسی و چرا باید آن کار را انجام دهند. درمانگران معمولاً با تمرکز بر اینجا و اکنون با سیستم خانواده بزرگتر شروع کرده و در صورت نیاز ماتریس تصمیم‌گیری را به سوی مسائلی که بیشتر درون‌فردی هستند (به عنوان مثال، زمانی که کار در سطح خانواده عمل نمی‌کند)، هدایت می‌کنند در حالی که مسائل را مرتبط با سیستم خانواده بزرگتر نگاه می‌دارند.</p>	۳

	اطلاعات به دست آمده در مصاحبه‌های اولیه، می‌توانند به عنوان منابع مهم برای انتخاب مداخلات و چگونگی استفاده از مداخلات درمانی در نظر گرفته شوند.	زمینه‌های درمان (خانواده / جامعه، زوج و فرد)
۴	پس‌خوراند فرضیه را برمی‌انگیزد که در نهایت منجر به برنامه‌ریزی می‌شود. بدون آن، درمانگران قادر به درک این که آیا در مسیر هستند یا خیر، نخواهند بود. بنابراین پس‌خوراند پیوند بین فرضیه و مداخله طراحی شده برای ساخت یک دنباله راه‌حل است. این پیوند از طریق گفتگو ساخته شده، و احتمالاً منجر به اصلاح، تکمیل یا رد فرضیه درمانی می‌شود. در عمل، پس‌خوراند بسیار پویا و پیچیده است و در جهات مختلف (مراجع به درمانگر، درمانگر به مراجع) در جریان است. خواندن پس‌خوراند نیازمند این است که درمانگر توجه زیادی به آنچه در طول یک جلسه اتفاق می‌افتد داشته باشد. یکی دیگر از جنبه‌های مهم پس‌خوراند، مثبت یا منفی بودن آن است. در درمان، پس‌خوراند مثبت، پشتیبانی یا تایید را مشخص می‌کند، برعکس پس‌خوراند منفی یک انتقاد است.	پس‌خوراند در جهات مختلف پس‌خوراند مثبت پس‌خوراند منفی پس‌خوراند غیرکلامی پس‌خوراند غیرمستقیم زمان ارائه پس‌خوراند
۵	لازم است درمانگر اطلاعات مربوط به سیستم بیرونی و روابط میان سیستم‌ها را با زیر سیستم‌ها و سیستم‌های کلان‌تر جمع‌آوری کند و تعیین کند که آیا سیستم در تعامل با سیستم‌های پایین‌تر و بالاتر خود در مسیر رشد و سازگاری قرار دارد و یا با چالش روبروست و نه تنها رشد نمی‌کند و سازگاری آن‌ها دچار تعویق شده است، بلکه سازمان درونی آن با تهدید مواجه است.	تعامل سیستم فرد با سایر سیستم‌ها بررسی دستاوردها و پیش‌خوراند پیشرفت‌های فرد گفتگوی آینده محور

در مرحله بعد بر اساس مضامین بدست آمده، محتوای جلسه یک ساعت تدوین گردید. خلاصه جلسات درمان در جلسات درمانی در دوازده جلسه هفتگی و مدت زمان هر جدول ۲ آمده است:

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	ایجاد اتحاد در مانی با مراجع	جلسه اول فراهم‌کننده اطلاعات زیاد برای شناسایی و کشف مساله است بنابراین درمانگر برای گفته شدن داستان‌های مراجع فرصت و فضا ایجاد کرد. در مورد منبع رفتار نشانه‌ای جستجو شد. هنگام شناسایی رفتار نشانه‌ای زمینه و بافت در نظر گرفته شد. درباره الگوهای تعاملی فرد کاوش شد و با مراجع بر سر اهداف اولیه توافق حاصل گردید. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.	نوشتن اهداف و انتظارات خود از درمان و درمانگر
دوم	شنا سایی مشکل و توالی مشکل	اگر ما به این توجه کنیم که "چه چیز، به دنبال چه چیزی می‌آید؟" می‌توانیم به ارزیابی مشکل و توالی آن و ایجاد توالی‌های جایگزین بپردازیم که برای مراجعان بهتر کار می‌کنند.	شنا سایی مشکل و توالی مشکل و یافتن راه‌هایی جهت قطع کردن توالی مشکل

	<p>فر ضیه اصلی در این مرحله این است که مراجع نتوانسته توالی‌های مشکل خود را تغییر دهد زیرا توالی‌ها در درجه اول تحت محدودیت‌های رفتاری مانند بی‌حرکی، عادت‌های بد، ترس‌ها و سکوت‌ها و... قرار گرفته است. درمانگر با استفاده از پرسش‌های حلقوی رفتار فرد را برجسته کرد، این که چگونگی بر دیگران تاثیر می‌گذارد و در مورد این محدودیت‌ها پرس و جو شد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.</p>		
سوم	<p>کاوش در یافتن راه حل - های نا کارآمد قبلی برای حل مشکل (تلاش‌های اشتباه) - شناسایی دنباله راه حل و تشویق مراجع برای اجرای آن</p> <p>در این جلسه به کاوش درباره راه‌حل‌های شکست خورده مراجع پرداخته شد، چرا که گاه یک راه‌حل خودش ممکن است مساله باشد. درمانگر با مراجع طی فرایندی مشارکتی به شناسایی یک دنباله راه حل سازگارانه پرداختند. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.</p> <p>مراجع ۲ یا ۳ نمونه از تلاش‌های اشتباه و شکست خورده قبلی در زندگی خود را جستجو کند؛ پیامد این راه‌حل را مطرح کند.</p> <p>مراجع ۲ یا ۳ نمونه از راه‌حلهایی که در گذشته خوب عمل کرده‌اند را جستجو کند؛ پیامد این راه‌حل را مطرح کند.</p> <p>پیامدهای آن‌ها را با هم مقایسه کند.</p>		
چهارم	<p>شناسایی افکار محدودکننده</p> <p>در این جلسه گام اول شناسایی و برجسب‌زنی افکاری است که مانع اجرای توالی راه‌حل می‌شوند. گام بعدی محدود کردن یا به چالش کشیدن افکاری است که به توالی مشکل کمک می‌کنند. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.</p> <p>جستجوی افکار محدودکننده خود</p>		
پنجم	<p>کاوش در معانی شخصی بازسازی معنا</p> <p>این جلسه شامل کمک به مراجع در توجه کردن، تجربه کردن و بیان افکاری و همچنین معانی شخصی است که اجرای توالی راه حل را محدود می‌کنند. این استراتژی می‌تواند شامل مداخلاتی نظیر سؤالات سقراطی، سؤالات حلقوی و چارچوب بندی مجدد باشد.</p> <p>با سؤالات کاوش‌گرانه در مورد موقعیت مساله و دیدگاه فرد درباره آن، بحث را هدایت کنید. یعنی درباره معانی و تفسیرهای فرد و درک فرد از مساله جستجو کنید.</p> <p>در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.</p> <p>تلاش جهت خلق باور و معانی جدید (بازسازی معنا)</p>		
ششم	<p>روایت‌گری</p> <p>این جلسه شامل کمک به مراجع در بیان روایت موجود، روشن کردن شکاف بین روایت گفته شده و روایت زیسته همراه با مراجع، پیدا کردن الگوی از پیش تعیین شده و بررسی روایت‌های مطرح شده و پیدا کردن قالب کلی حاکم بر روایت‌های گفته شده</p>		

<p>پیدا کردن روایت‌های تطبیقی جدید</p>	<p>که همه روایت‌های خود را در آن قالب می‌گنجانند و کمک به مراجع جهت خلق روایت‌های تطبیقی جدید برای تسهیل توالی راه‌حل است. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.</p>		
<p>مراجع برخی الگوهای سازگارانانه و جدید تنظیم هیجان (مدیریت و ابراز هیجان سالم) را در خارج از مطب، امتحان کند.</p>	<p>این جلسه شامل کمک به مراجع برای تصدیق و تجربه هیجاناتی است که در بیشتر زندگی انکار یا سرکوب کرده است. این کار با ارائه آموزش روان‌شناختی درباره هیجانات، تسهیل ابراز هیجان سالم و مستقیم به مراجع، استفاده از استعاره‌ها جهت بسط معنای یک مشکل، فرآیند یا مسئله که بحث و حل و فصل آن برای مراجع سخت است، می‌باشد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.</p>	<p>دسترسی به هیجانات از طریق استعاره‌ها تنظیم هیجانات محدود-کننده و شناسایی و دسترسی به هیجانات متناسب و سازگار با زمینه</p>	<p>هفتم</p>
<p>شناسایی الگوهای تاریخی خانواده اصلی خود که در حال حاضر محدودکننده شناسایی توالی مشکل و یا اجرای توالی راه حل است.</p>	<p>گاه مراجعان بالغ قادر به تغییر مشکلات فعلی خود نیستند زیرا محدودیت‌های ناشی از توالی‌های مشکل چند نسلی مربوط به خانواده اصلی آن‌ها در توالی راه حل دخالت می‌کند. اجرای دنباله راه حل نیاز به اصلاح یا برداشتن این محدودیت‌ها دارد. در این جلسه درمانگر باید به همراه مراجع به شناسایی توالی‌های مشکل ناشی از خانواده مبدأ فرد که در حال حاضر باعث محدود کردن اجرای توالی راه حل است؛ بپردازد. این استراتژی شامل کمک به مراجع برای تمایز خود از خانواده اصلی است. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.</p>	<p>شناسایی و کاوش دیگر محدودیت‌ها (محدود-کننده‌های راه‌حل): شناسایی توالی‌های مشکل چند نسلی</p>	<p>هشتم</p>
<p>جستجو و کاوش محدودیت‌های ناشی از بازنمایی درونی (ذهنی) از خود و دیگران تلاش جهت پذیرش مسئولیت بازنمایی‌های درونی خود و درک و کنار آمدن با بازنمایی‌های درونی دیگران</p>	<p>به طور معمول، این بازنمایی‌های درونی ناشی از تجربیات مکرر در کودکی و نوجوانی آن‌ها است. اجرای دنباله راه‌حل نیاز به اصلاح این بازنمایی‌های درونی دارد. این جلسه شامل بررسی بازنمایی‌ها به عنوان توالی‌های مشکل درونی است. درمانگر باید به مراجع کمک کند تا مسئولیت بازنمایی‌های درونی خود را به عهده بگیرد و قادر به شناسایی بازنمایی‌های درونی‌اش از خود و دیگران و درک این‌که چگونه بازنمایی درونی در اجرای راه حل در سیستم فعلی فرد محدودیت ایجاد می‌کند، بشود. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.</p>	<p>شناسایی و کاوش دیگر محدودیت‌ها: محدودیت در بازنمایی درونی (ذهنی) از خود و دیگران</p>	<p>نهم</p>

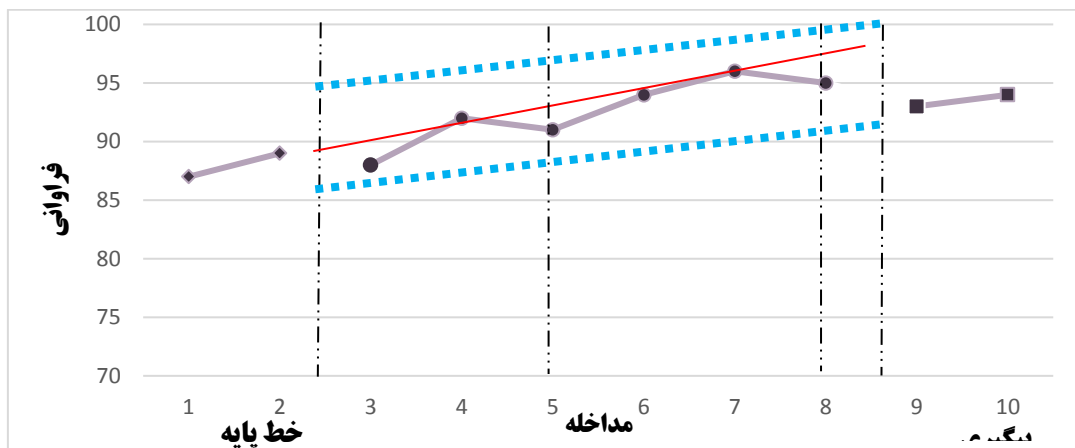
<p>دهم</p>	<p>شناسایی وقایع کلیدی (توالی‌ها) مرتبط با ظهور یا توسعه بازنمایی‌های درونی</p>	<p>این جلسه شامل شناسایی وقایع کلیدی (توالی‌ها) مرتبط با ظهور یا توسعه بازنمایی‌های درونی است. درمانگر باید یک واقعه آسیب‌زا یا مهم در نوجوانی یا کودکی مراجع و یا مجموعه‌ای از وقایع که بازنمایی‌های درونی کلیدی را تولید یا متبلور کرده است؛ شناسایی کند. کمک‌کننده مراجع بازنمودهای درونی خود و دیگران را با روابط فعلی پیوند داده و مقایسه کند. به طور معمول، این استراتژی بر انتقال نا سازگار که محدودکننده حل مسئله انطباقی است تمرکز دارد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.</p>	<p>شناسایی تجربیات آسیب‌زای محدودکننده توالی راه‌حل شناسایی و کار با بخش‌های مختلف خود</p>
<p>یازدهم</p>	<p>شناسایی و کار با بخش‌هایی از خود</p>	<p>بخش‌های مختلف خود در سیستم درون روانی متقابلاً بر هم اثر می‌گذارند. یک قسمت ممکن است بخش دیگری را "محافظت کند" (قسمت عصبانی قسمت غمگین را محافظت می‌کند یا برعکس)، یا بعضی از قسمت‌ها ممکن است بیشتر از سایرین در معرض آگاهی قرار گیرند. این استراتژی مستلزم شناسایی بخش‌هایی از خود است که توالی راه‌حل را محدود می‌کند و آن‌ها را با بخش‌های جایگزین که دنباله راه‌حل را تسهیل می‌کنند، تغییر می‌دهد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.</p>	<p>شناسایی و کار با بخش‌های مختلف خود</p>
<p>دوازدهم</p>	<p>استخراج قوت‌ها و منابع گفتگوی آینده محور</p>	<p>درمانگر دستاوردها و پیشرفت‌های مراجع را مورد تحسین قرار داد. هر کس دارای منابعی مانند مهارت‌ها، توانمندی‌ها، استعدادها، علائق، صفات و ویژگی‌های قابل تحسین می‌باشد که می‌توانند در حل مسائل به کار گرفته شوند. شناسایی قوت‌ها و منابع فرد می‌تواند به تعیین توالی‌های راه‌حل کمک کند. در این جلسه گفتگوی آینده محور در کانون توجه قرار گرفت و استفاده از توالی‌های راه‌حل در آینده برجسته شد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پس‌خوراند دریافت شد.</p>	<p>برجسته کردن نقاط قوت و منابع تلاش جهت تثبیت دستاوردهای درمانی و جلوگیری از بازگشت</p>

در پاسخ به سوال اول: آیا بسته روان‌درمانی سیستمی فردی از روایی محتوایی برخوردار است؟، پس از تهیه بسته درمانی جهت اعتباریابی بسته درمانی با بهره از نظر ۸ نفر از متخصصان، اقدام به تعیین روایی محتوایی از طریق روش لاوشه شد. دو نوع شاخص روایی محاسبه شد. میزان شاخص نسبت روایی محتوایی (Content validity ratio) (CVR) برای بسته درمانی فوق ۰/۸۵ بدست آمده است و با مقایسه این شاخص با مقدار مورد قبول برای تعداد ۸ نفر متخصص بر

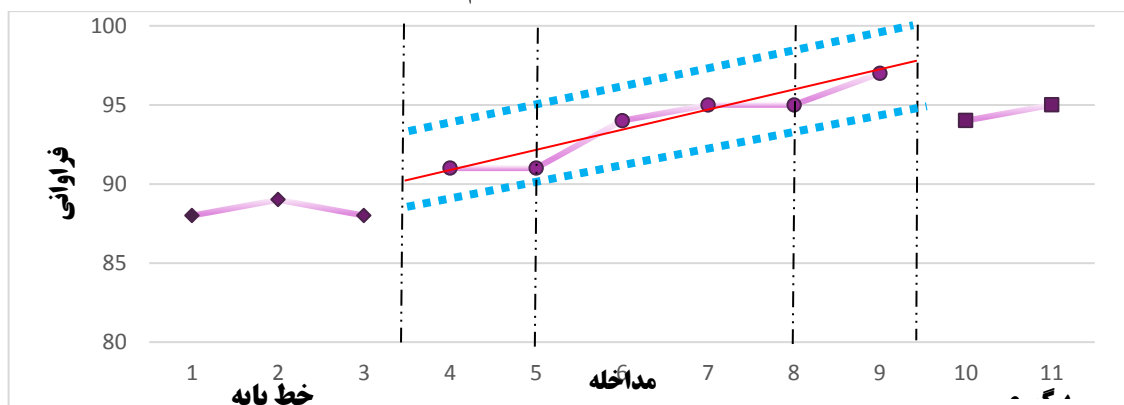
آزمودنی که با مشکل افسردگی مراجعه کرده بودند، استفاده شد. در این پژوهش از آزمون استروپ معنایی برای سنجش متغیر تعلیق من استفاده شد که نتایج این آزمون در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای سه آزمودنی اندازه‌گیری شد. درصد پاسخ‌های صحیح توسط نرم افزار استروپ ارائه شده بود. نمرات درصد پاسخ‌های صحیح هر یک از آزمودنی‌ها در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در شکل ۱ نشان داده شده است.

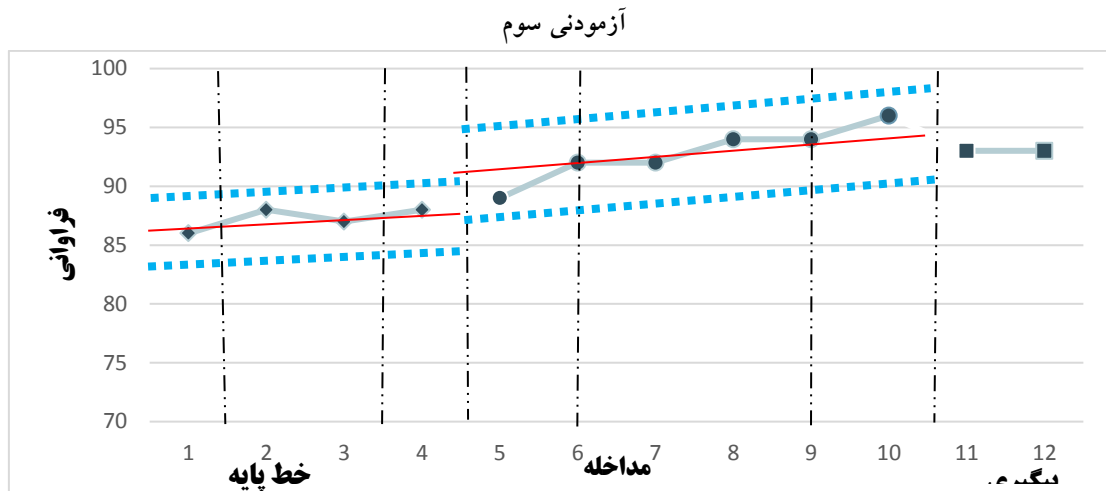
اساس جدول نسبت روایی محتوایی و روش لائوشه (Lawshe)، (که حداقل میزان برای این تعداد متخصص ۰/۷۵ است)، میزان روایی محتوایی برنامه بالاتر و قابل قبول است. میزان شاخص روایی محتوایی (Content validity index) (CVI) بر اساس روش والتز و باسل (Waltz and Bausell) برای بسته درمانی فوق ۰/۹۰ بدست آمده است و با مقایسه این میزان با مقدار مورد قبول (که حداقل ۰/۷۹ است)، شاخص روایی محتوایی برنامه قابل قبول می‌باشد. در بخش کمی به منظور بررسی اثربخشی بسته روان درمانی سیستمی فردی در این پژوهش از مطالعه موردی بر روی سه

آزمودنی اول



آزمودنی دوم





شکل ۱ - طراز نمرات درصد پاسخ‌های صحیح آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری ۲ و ۳ ماهه

همانطور که شکل انشان می‌دهد طراز نمرات درصد پاسخ‌های صحیح همه آزمودنی‌ها در طی مرحله خط پایه روند ثابتی را نشان داد و روند افزایشی و رو به بهبود پاسخ‌ها تنها با شروع مداخله مشاهده شد و این روند افزایشی در طی مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) و درصد داده‌های همپوش (POD) برای تعیین میزان کارآمدی درمان مورد بررسی قرارگرفت. در این مرحله، تغییر طراز نسبی، مطلق و درصد داده‌های غیرهمپوش و همپوش برای تعیین کارآمدی مداخله مورد نظر محاسبه شد. نتایج این مقایسه در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

در پاسخ به سوال دوم پژوهش: آیا بسته روان‌درمانی سیستمی فردی بر تعلیق من بیماران افسرده موثر است؟، با توجه به اینکه چگونگی عملکرد آزمونی‌ها در پاسخ به کلمات هدف (کلمات دارای بار هیجانی) مدنظر بود، تغییرات درصد پاسخ صحیح به کلمات هدف تحلیل شد؛ زیرا افراد دارای سوگیری نسبت به کلمات دارای بار هیجانی هستند، توجه آن‌ها در وهله نخست به محتوای این محرک‌ها معطوف می‌شود و زمانی که از آن‌ها خواسته می‌شود تا با حداکثر سرعت، رنگ این محرک‌ها را تعیین کنند، تداخل صورت می‌گیرد. تداخل در پردازش اطلاعات مختلف به‌طور همزمان، سبب خطای پاسخ می‌شود.

جدول ۲ - اطلاعات بین موقعیتی (درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش) آزمودنی‌ها

آزمودنی اول					
مرحله	طراز نسبی	طراز مطلق	درصد داده‌های غیر همپوش	درصد داده‌های همپوش	روند
از خط پایه به مداخله	+۳	-۱	۸۳/۳۳	۱۶/۶۷	مثبت
آزمودنی دوم					
مرحله	طراز نسبی	طراز مطلق	درصد داده‌های غیر همپوش	درصد داده‌های همپوش	روند
از خط پایه به مداخله	+۲/۵	+۳	۱۰۰	۰	مثبت
آزمودنی سوم					
مرحله	طراز نسبی	طراز مطلق	درصد داده‌های غیر همپوش	درصد داده‌های همپوش	روند
از خط پایه به مداخله	+۴/۵	+۱	۱۰۰	۰	مثبت

روان‌رنجوری کمک کند. به علاوه (Eddington & Strauman در مطالعه خود با مروری بر خودتنظیمی به عنوان فرآیندی انگیزشی و ضروری برای بهزیستی، چگونگی شکل‌گیری مداخلات روانشناختی از مفاهیم و فرآیندهای خودتنظیمی را شرح دادند که بطور خاص بر روی درمان سیستم خود تمرکز داشت، آن‌ها نتیجه گرفتند که روان‌درمانی مبتنی بر خودتنظیمی می‌تواند هم برای افراد مبتلا به افسردگی و هم جهت مداخلات پیشگیرانه برای افراد در معرض خطر مفید باشد. (Hagerty, Bathish & Kuchman, 2018) نیز در مطالعه‌ای به اثربخشی خودتنظیمی در کاهش علائم افسردگی پرداختند. آن‌ها بیان داشتند خودتنظیمی، استراتژی مهم برای کاهش علائم افسردگی و پیشگیری از عودهای بعدی است. بنابراین به نظر می‌رسد روان‌درمانی سیستمی فردی بدون تاکید بر علائم افسردگی و تنها از طریق فرایندهای خودتنظیمی می‌تواند باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی فرد شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که درمان مبتنی بر نظریه سیستمی راه‌هایی برای مدل‌سازی فرایندهای تنظیمی ارائه می‌دهد؛ می‌تواند در این زمینه موثر واقع شود؛ چرا که افراد افسرده با اختلال در طیف وسیعی از فرایندهای مربوط به خودتنظیمی مواجه بوده، به شدت درگیر فرایندهای خودنظارتی و در تلاش برای کنار آمدن با خلق و خوی منفی خود هستند و منابع مورد نیاز برای اعمال خودکنترلی در تکالیف بعدی را مصرف می‌کنند، از این رو خودکنترلی ضعیف‌تری داشته و گرفتار "تعلیق من" می‌شوند، بنابراین هر عاملی که بتواند خلق منفی ناشی از فعالیت‌های کنترل اولیه را خنثی کند، موجب تقویت "من" شود، نظارت بر رفتار را افزایش دهد، سازگاری را تسهیل کند و به عبارتی مداخلاتی در جهت ارتقاء توانایی خودتنظیمی، می‌تواند با تاثیر تعلیق من و در نتیجه افسردگی، مقابله کند. در واقع دیدگاه سیستمی بر چگونگی درهم تنیدگی ذهن و روابط تاکید دارد. تا حدودی، ادغام شناخت و هیجان مشابه با مرزهای روابط بین فردی است که در آن سطوح مناسب تمایز، سبب احساس راحتی در ارتباط با دیگران و در عین حال داشتن فضای مناسب تفکر و عملکرد خصوصی می‌شود. همانطور که (Tramonti & Fanali, 2015)

اصلی‌ترین شیوه ارزیابی یک مداخله در طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی تغییر داده‌ها در دو شرایط مجاور است که این ارزیابی از طریق تحلیل بین موقعیتی حاصل می‌شود. در این قسمت مشخص می‌شود که تغییر جهت روند در بین دو شرایط مجاور (خط پایه و مداخله) چگونه بوده است. درصد داده‌های غیر همپوش (PND) آزمودنی‌ها برای درصد پاسخ صحیح به ترتیب ۸۳/۳، ۱۰۰ و ۱۰۰ بود و درصد داده‌های غیرهمپوش (POD) آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۶/۷، ۰ و ۰ بود. و از آنجا که هر چه درصد داده‌های غیرهمپوش بیشتر و درصد داده‌های همپوش کمتر باشد، اثربخشی مداخله بیشتر است می‌توان اثربخشی مداخله را تایید کرد و نتیجه گرفت که توانایی افراد در مهار پاسخ و انعطاف‌ذهنی بهبود یافته و در نتیجه مداخله فوق بر خودکنترلی آزمودنی‌ها و تعلیق من آن‌ها موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که گفته شد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی بسته روان‌درمانی سیستمی فردی بر تعلیق من افراد افسرده بود. بر اساس نتایج به دست آمده روان‌درمانی مبتنی بر نظریه سیستمی بر تعلیق من افراد افسرده تاثیر معنی‌دار داشته و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز ماندگار بوده است. هر چند پژوهشی که مستقیماً متغیرهای پژوهش فوق را مورد بررسی قرار دهد یافت نشد، اما می‌توان گفت این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است (Wampler, Miller, Seedall & McWey, 2020; Carr, 2018; Strauman, Eddington, 2017; Mangion, 2017; Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff, 2011 & MacFarlane, 2008). این مطالعات از تاثیر مداخلات سیستمی و روان‌درمانی مبتنی بر خودتنظیمی برای درمان افسردگی در بزرگسالان پشتیبانی می‌کنند. همان‌طور که (Dreves, 2017) در مطالعه خود به بررسی این فرضیه پرداخت که افراد مبتلا به روان‌رنجوری، خودکنترلی ضعیف‌تری دارند؛ به این معنا که باید برای مدیریت خلق منفی خود کنترل بیشتری اعمال کنند، به طوری که برای اقدامات خودکنترلی بعدی دچار فرسودگی می‌شوند؛ بنابراین مداخلاتی جهت ارتقای مهارت خودکنترلی می‌تواند به کاهش علائم

از این است که این اختلال یک مشکل پیچیده بهداشت عمومی است و عوامل چندگانه در این اختلال تاثیرگذار هستند که در نظر نگرفتن این عوامل و پیچیدگی این اختلال در طراحی درمان ساده‌انگاری است و درمان موثر این اختلال مستلزم یک الگوی نظری است که جنبه‌های گوناگون را در نظر داشته باشد. بسیاری از محققان بر مدل زیستی- روانشناختی- اجتماعی تاکید دارند که سعی دارد با روشن کردن تعاملات بین جنبه‌های مختلف در یک فرد، کل فرد را درک کند. آن‌ها عقیده دارند برای اطمینان از بهترین موفقیت ممکن در درمان، درمانگر باید بافت را در درمان بیمار در نظر بگیرد (Stratton, 2016; Wittenborn, Rick, Rahmandad, Hosseinichimeh, 2015; Keitner, Roy-Byrne, Solomon, 2011; Broderick, Weston, 2009; MacFarlane, 2008; GarciaToro, 2007). هدف اصلی این درمان بسیج نقاط قوت روابط است تا علایم آشفته‌ساز کمتر مشکل‌ساز شوند. درک معنایی که در زبان ایجاد شده نیز یک هدف درمانی است که برای شناسایی افکار و باورهای هر مراجع و پیوند آن‌ها به هیجانات و احساساتش به منظور خلق معنای جدید و امکان ایجاد روابط جایگزین جدید، به کار می‌رود (Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero & Pinsofe, 2015). در این رویکرد سعی بر آن است که سیستم سازماندهی شده حول مشکل ارائه‌شده یعنی رویدادها، معانی و اقداماتی مربوط و نیز روابط مراجع با سیستم‌های مهم (مانند خود، خانواده، گروه همکار و ...) که به توسعه و پایداری مشکلات کمک می‌کنند، شناسایی شوند. یک روان‌درمانی فردی از دیدگاه سیستمی-رابطه‌ای، بر این روابط نزدیک تمرکز کرده، افکار شخصی را به سیستم باورهای خانواده و نیز فرایندهای تنظیم هیجان و نگرش‌های رفتاری را به بافت ارتباطات بین فردی مرتبط می‌کند.

بنابراین روان‌درمانی سیستمی فردی، در بستر رابطه درمانی زمینه‌ای را فراهم می‌کند که در آن محرک‌های جدید و تجارب ارتباطی جدید می‌توانند تعادل در عملکردها را پرورش دهند. در واقع لحظات فعالیت دوتایی هماهنگ در بستر روابط درمانی می‌توانند فرآیندهای یادگیری معنی‌دار را، همانند آنچه که در روابط دلبستگی در طول تجربه‌های اولیه

مطرح کرده‌اند برعکس این حالت یعنی افراط در نزدیکی و جدایی در روابط، یا اختلال در تنظیم هیجان و بازداری از ادغام هیجان و شناخت، به طور معمول منجر به نتایج نامساعدی می‌شود. کمک به بیماران برای به دست آوردن تعادل مناسب در تنظیم هیجان و تمایز بین فردی در واقع هدف اصلی یک روان‌درمانی سیستمی فردی است.

به علاوه در طراحی این بسته درمانی تلاش شد در فرضیه- سازی درباره مشکل فرد عوامل چندگانه لحاظ شوند. در مورد منبع رفتار نشانه‌ای جستجو و هنگام شناسایی رفتار نشانه‌ای زمینه و بافت در نظر گرفته شد؛ زیرا زمینه فرصتی فراهم می‌کند که ویژگی‌های رفتار نشانه‌ای ظاهر و حفظ شود. از آنجا که افسردگی در یک زمینه اجتماعی اتفاق می‌افتد و معمولاً افراد مهم دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ روشی که افراد مهم دیگر به فرد افسرده پاسخ می‌دهند، به نوبه خود بر روند و نتیجه دوره افسردگی تأثیر می‌گذارد و ناخواسته افسردگی فرد را تشدید می‌کنند، احتمال بهبودی را کاهش می‌دهند و احتمال عود را افزایش می‌دهند. بنابراین، در نظر داشتن زمینه و بافت به عنوان بخشی از ارزیابی و درمان افراد افسرده، از نظر بالینی کاملاً منطقی است. با توجه به مدل زیستی- روانشناختی- اجتماعی با روشن کردن تعاملات بین جنبه‌های زیستی، روانشناختی و اجتماعی یک فرد، می‌توان کل فرد را درک کرد. سلامت روان فرد از عوامل چندگانه ناشی می‌شود و در نظر گرفتن آن‌ها ضروری است. اولین تفاوت اساسی بین درمان سیستمی و سایر اشکال روان‌درمانی، مفهوم سیستم مراجع است. درمانگر فرد را جزئی از سیستم زیستی- روانی- اجتماعی بزرگتر در نظر می‌گیرد؛ اینکه چه عواملی بر عملکرد سیستم اثر دارند و در کجای سیستم چندسطحی قرار می‌گیرند از جمله سطح فردی، رابطه‌ای، خانواده، جامعه. این سوالات کمک می‌کنند تعیین‌کننده‌ترین عوامل در سیستم مراجع تعیین شوند و متعاقباً درمانگر در مرحله برنامه‌ریزی تصمیم بگیرد چه مداخله‌ای و در چه سطحی انجام دهد. ترجیح این رویکرد این است که با کل زندگی مراجع تماس بگیرد. از این جهت توجه خاصی به ارتباطات و محدودیت‌هایی دارد که در طی زمان، مراجع را به داستان فعلی که ساخته رسانده است. نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه اختلال افسردگی نیز حاکی

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله اینکه پژوهش به شکل تک آزمودنی و با سه آزمودنی انجام گرفت که تعمیم‌پذیری دستاوردهای درمان به سایر افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی را محدود می‌کند. همچنین مشکلات دسترسی به افراد و همچنین متخصصان به خاطر محدودیت‌های ناشی از همه‌گیری ویروس کرونا از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی میزان اثربخشی بسته روان‌درمانی سیستمی فردی با تأثیر سایر درمان‌های مرسوم مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. به علاوه استفاده از این بسته درمانی در مداخلات افراد دارای اختلال افسردگی و سایر روان-رنجوری‌ها که از اختلال در خودتنظیمی رنج می‌برند، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- Ahmadi Bejagh, A; Saedinezhad, H; & Ahmadi Bejagh, S. (2014). The comparison of selective attention and working memory in people suffering from obsessive-compulsive disorder and depression with normal individuals; a neuropsychology perspective. *Advances in Cognitive Science*, 16(2), 37-48.
- Badzakova, J.(2009). Neural activity during Stroop colour-word task performance in late proficient bilinguals: A functional Magnetic Resonance Imaging study. *Psychology & Neuroscience*, 2(2), 125-136.
- Barcons, C; Cunillera, O; Miquel, V ; Ardevol, I; & Beyebach, M. (2016). Effectiveness of Brief Systemic Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy in routine clinical practice. *Psicothema*, 28(3), 298- 303.
- Baron, I. (2004). Neuropsychological evaluation of the child. *New York: Oxford University press*.
- Baumeister, R. (2003). Ego depletion and self regulation: A resource model of self-control, *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 27(2):281-284.
- Baumeister, R; Schmeichel, B; & Vohs, D. (2003). Intellectual performance and ego depletion: The role of the self in logical reasoning and other information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 33-46.
- Beutler, L; & Clarkin, J. (2014). Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions. *New York: Routledge*.

زندگی رخ می‌دهد؛ فعال کنند. در فرایند درمان منابع شخصی مانند ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد روانی کلی، منابع ارتباطی در روابط خانوادگی و صمیمانه و منابع اجتماعی شامل شبکه‌های گسترده بین‌فردی مورد بررسی قرار می‌گیرند. در توجه به منابع شخصی، جنبه‌های روانشناختی و شخصیتی به ویژه در حوزه‌های تنظیم عواطف، خود-ابرازگری و راحتی در روابط بین فردی مورد بررسی قرار می‌گیرد. طبق مطالعه (Finlay, 2016)، چنین کاری منجر به کشف معانی زمینه‌ای هیجانات و مهارت‌های ارتباطی می‌شود. در حقیقت، پس از کار بر روی تاریخچه و جنبه‌های تحولی سیستم‌های باورهای خانوادگی، شخصیتی و هیجانی، درمان به سمت شناسایی تغییرات احتمالی و مطلوب در زمینه ارتباطات بین‌فردی پیش می‌رود. با یک تحقیق عمیق درباره تاریخچه خانوادگی و شخصی، پس‌زمینه‌های هیجانی روابط مهم بیرون می‌آید. در فرایند درمانی فوق‌الویت اتحاد درمانی بر راهنمایی بین فردی بوده و درمانگر از تفسیرهای سفت و سخت اجتناب نموده و در عوض از فرضیه‌هایی استفاده می‌نماید که به بیمار فرصتی برای تجربه یادگیری واقعی بدهد. فرضیه‌سازی، پرسش‌های حلقوی و همچنین کلمات کلیدی و استعاره، در این درمان ابزار ارزشمند برای ایجاد گفتمان بودند. کار بر روی تاریخچه خانوادگی به بیماران کمک کرد تا آن‌ها را در چارچوبی متفاوت ببینند. به همین دلیل، روابط و افراد مهم زندگی فرد نیز می‌توانند در پرتو تفسیر مجدد رویدادهای گذشته و حال دیده شده، ارتباطات جدید و متفاوت بین خاطرات ضمنی و آشکار ایجاد شود. این اقدامات موجب کاهش هیجانات منفی شده و قدمی مهم برای کار بر روی تنظیم هیجانات است. بر این اساس شرکت در برنامه درمانی فوق‌با ارتقاء توانایی خود-تنظیمی موجب تقویت من شده، نظارت بر رفتار را افزایش داده و سازگاری را تسهیل می‌کند. بنابراین با توجه به آنکه که بسته روان‌درمانی سیستمی فردی یک درمان جامع روانشناختی بوده و در راستای تاکید بر تعاملات بین جنبه‌های گوناگون سیستم فردی و عوامل چندگانه تأثیرگذار در اختلال افسردگی طراحی گردیده‌است؛ به نظر می‌رسد با هدف ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی این افراد، برگزاری جلسات مداخله در بهبود شرایط بیماران اثربخش باشد.

- Smith, E., & Rieger, E. (2006). The Effect of attentional bias Towards Weight and Shape Related Information on Body Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 509-515.
- Strauman, T; & Eddington, K.(2017). Treatment of Depression from a Self-Regulation Perspective: Basic Concepts and Applied Strategies in Self-System Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(1), 1–15.
- Strauman, T. J; Vieth, A. Z; Merrill, K. A; Woods, T; Kolden, G. G; & Wapil, L.k. (2006). Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 367–376.
- Strauman, T; & Eddington, K.(2017). Treatment of Depression from a Self-Regulation Perspective: Basic Concepts and Applied Strategies in Self-System Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(1), 1–15.
- Stratton, P. (2016). Integrating Current Systemic Sciences into Systemic Therapy and Training: Soft and Anticipatory Systems Theories, *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training*, 27(2), 101- 109.
- Sydow, K; Beher, S; Schweitzer, J; & Retzlaff, R.(2011). The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. *Family Process*, 49(4),457-486.
- Tramonti, F; & Fanali, A. (2015). Toward an Integrative Model for Systemic Therapy with Individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 26(3):178-189.
- VanBronswijk, S; Moopen, N; LiaBeijers, L; Ruhe, H; & Peeters, F.(2019). Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta- regression. *Psychological Medicine*, 49(3):366-379.
- Wampler, k; Miller, R; [Seedall](#), R; & McWey, I. (2020). *The Handbook of Systemic Family Therapy*. Hoboken: [John Wiley and Sons Ltd](#).
- [Wittenborn](#), A; Rahmandad, H; Rick, J; & Hosseinichimeh, N.(2015). Depression as a systemic syndrome: mapping the feedback loops of major depressive disorder, *Psychological Medicine*, 46(3), 551–562.
- Zhu, Z; Li, J; Zhang, B; Li, Y; & Zhang, H.(2015). The effect of motivation and positive affect on ego depletion: Replenishment versus release mechanism. *International Journal of Psychology*, 52(6), 445-452.
- [Broderick](#), P; & [Weston](#), C. (2009). Family therapy with a depressed adolescent. *Psychiatry*, 6(1):32-37.
- Carr, A.(2018). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(4), 492–536.
- Dreves, P. (2017). Neuroticism and Ego Depletion Patterns. *Ph.D. Dissertation, the East Tennessee State University, USA*.
- Finlay, L. (2016). Relational Integrative Psychotherapy: Process and Theory in Practice. 1st ed. Chichester, Sussex: Wiley-Blackwell.
- [Garcia-Toro](#), M. (2007). Biopsychosocial model in Depression revisited, *Medical Hypotheses*, 68(3), 683-691.
- Hagerty, B; Bathish, M; & Kuchman, T.(2018). Development and testing of a self-regulation model for recurrent depression. *Journal of Health Psychology*, 25(10):1-11.
- [Hawley](#), L; [Padesky](#), C; Hollon, D; [Mancuso](#), L; [Laposa](#), J;- [Brozina](#), K; & [Segal](#), Z.(2017). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression Using Mind Over Mood: CBT Skill Use and Differential Symptom Alleviation. *Behavior Therapy*, 48(1), 29-44.
- Heatherington, L; Friedlanderb, M; Diamondc, G; Escudero, V; & Pinsofe, W.(2015). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25(3), 348–364.
- Homack, S. (2004). A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(6), 725-743.
- Keitner, G; Roy-Byrne, P; & Solomon, D.(2011). Unipolar depression in adults: Family and couples therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1192- 1202.
- Muraven, M; & Baumeister, R. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle?. *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259.
- MacFarlane, M. (2008). Systemic Treatment of Depression. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(1), 41- 63.
- [Mangion](#), S. (2017). A systemic family therapy approach towards depression : a systemic family therapists' perspective. *Ph.D. Dissertation, University of Malta, Malta*.
- Schmeichel, B; Baumeister, R; & Vohs, D. (2003). Intellectual performance and ego depletion: The role of the self in logical reasoning and other information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 33-46.