Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/ 12 / No. 3.2025
Page: 56-76

# Development and Adaptation of an Interpersonal Psychotherapy Protocol Based on the Phenomenological Components of Iranian Depressed Patients

**Mina Faraji [1], Mina Mojtabaie*[2], Malek Mirhashemi [3]**
1-PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran. (Corresponding Author), E-mail: Mina.mojtabaie@iau.ac.ir
3- Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

**Received:** 04/06/2024 **Accepted:** 18/06/2024

## Abstract

**Introduction:** Depression is one of the most prevalent psychiatric disorders, characterized by emotional, cognitive, motivational, and somatic symptoms, and it significantly impairs interpersonal relationships.
**Aim:** The present study aimed to develop and adapt an interpersonal psychotherapy protocol based on the phenomenological components of Iranian patients with depression.
**Method:** The present study was conducted using a sequential exploratory mixed-methods design. The study population comprised published scientific documents from 2015 to 2023, patients diagnosed with depression, and mental health professionals in Tehran in the year 2023. The sample included 25 scientific articles, 15 patients with depression who had referred to psychotherapy clinics, and 8 mental health professionals in the qualitative phase, as well as 2 patients with depression in the quantitative phase. All participants were selected using purposive sampling. For assessment purposes, the Structured Clinical Interview, the Beck Depression Inventory-II (1996), and the Barkham Interpersonal Problems Inventory (1996) were utilized. In the qualitative phase, the documents were analyzed through systematic review and the interview transcripts were examined using thematic analysis. In the quantitative phase, data were analyzed using descriptive statistics and Cohen's d effect size.
**Results:** The results indicated that the adapted protocol, based on the phenomenological components of Iranian patients with depression, exhibited satisfactory content validity as well as empirical validity. Preliminary evaluations revealed a significant reduction in the severity of depressive symptoms and an improvement in the quality of participants' interpersonal relationships.
**Conclusion:** The current results provide evidence for the preliminary efficacy of the adapted protocol in ameliorating depressive symptoms and interpersonal difficulties in Iranian patients with depression. Further research with larger clinical samples is recommended to enhance the validation and generalizability of the results.
**Keywords:** Interpersonal Psychotherapy, Depression, Protocol Development and Adaptation, Phenomenological Components

Faraji M, Mojtabaie M, Mirhashemi M. Development and Adaptation of an Interpersonal Psychotherapy Protocol Based on the Phenomenological Components of Iranian Depressed Patients. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (3) ,56-76
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2268-fa.html
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره :۳. ۱۴۰۴
صفحات: ۷۶-۵۶

# تدوین و انطباق پروتکل رواندرمانی بین‌فردی بر اساس مولفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی

**مینا فرجی [۱]، مینا مجتبایی [۲*]، مالک میرهاشمی [۳]**

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (مؤلف مسئول). ایمیل: Mina.mojtabaie@iau.ac.ir
۳. استاد، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۴۰۳/۰۳/۱۵ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

## چکیده

**مقدمه:** افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمی همراه بوده و روابط بین‌فردی را بشدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، تدوین و انطباق پروتکل رواندرمانی بین‌فردی بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بود.

**روش:** پژوهش حاضر با طرح آمیخته اکتشافی متوالی انجام شد. جامعه آماری شامل مستندات علمی منتشر شده در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۳، بیماران مبتلا به افسردگی و متخصصان سلامت روان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه شامل ۲۵ مقاله، ۱۵ بیمار افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های رواندرمانی و ۸ متخصص سلامت روان در بخش کیفی و ۲ بیمار افسرده در بخش کمی بود که همگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای ارزیابی از مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (۱۹۹۶) و پرسشنامه مشکلات بین‌فردی بارخام (۱۹۹۶) استفاده شد. در بخش کیفی، مستندات از طریق مرور نظام‌مند و متن مصاحبه‌ها از طریق تحلیل مضمون و بخش کمی با استفاده از شاخص‌های توصیفی و اندازه اثر d کوهن تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد پروتکل انطباق‌یافته بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی، از روایی محتوایی و تجربی مطلوب برخوردار بود. ارزیابی‌های اولیه حاکی از کاهش معنادار در شدت علائم افسردگی و بهبود در کیفیت روابط بین‌فردی شرکت‌کنندگان بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها بیانگر اثربخشی اولیه پروتکل انطباق‌یافته در بهبود علائم افسردگی و مشکلات بین‌فردی بیماران افسرده ایرانی می‌باشد. انجام پژوهش‌های بیشتر با نمونه‌های بالینی گسترده‌تر، به‌منظور اعتبارسنجی و تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها، توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** رواندرمانی بین‌فردی، افسردگی، تدوین و انطباق پروتکل، مؤلفه‌های پدیداری

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

**مقدمه**

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که سبب هزینه‌های شخصی و اجتماعی زیادی می‌شود. نرخ شیوع نقطه‌ای کلی افسردگی حدود ۴/۴ درصد و بروز سالانه آن حدود ۳ درصد گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی[1]، ۲۰۲۲؛ جیمز، آباته و آباته[2]، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۳، تقریب ۸/۳ درصد جمعیت بزرگسال جهان (حدود ۲۸۰ میلیون نفر) از افسردگی رنج می‌برند. علاوه بر شیوع بالای آن، افسردگی با رنج روانی شدید، تخریب عملکرد اجتماعی و حرفه‌ای، کیفیت زندگی پایین و افزایش خطر خودکشی همراه است و هزینه‌های اقتصادی آن برای جامعه به‌طور کلی بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار در سال برآورد شده است (ویگو، تورنی‌کرافت و آتون[3]، ۲۰۱۹). این واقعیت‌ها به وضوح نشان می‌دهد که افسردگی یک نگرانی عمده سلامت عمومی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۳).

این بیماری نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمی فراوانی را در فرد ایجاد می‌کند که می‌تواند بر عملکرد شخصی، خانوادگی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی وی تأثیر منفی بگذارد. افسردگی بیشتر از یک حالت روحی گذراست و می‌تواند به اختلال شدید و ناتوان‌کننده‌ای تبدیل شود که همه جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و جزو شایع‌ترین بیماری‌های طبی است (مالهی و من[4]، ۲۰۱۸).

با وجود پیشرفت در علت‌شناسی، داروشناسی روانی و معرفی چندین دسته داروهای ضدافسردگی، تقریبا ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهند و مقاومت درمانی ایجاد می‌شود که این امر مشکلات شغلی- اجتماعی، سلامت جسمانی و خطر خودکشی را افزایش داده و نیاز به استفاده بیشتر از خدمات بهداشت روان را موجب می‌شود (فاوا و دیویدسون[5]، ۲۰۲۱).

فرآیندهای بین‌فردی به عنوان چارچوبی برای تنظیم هیجانی در طول زندگی عمل می‌کنند. افراد از طریق همدلی، حمایت و انعطاف‌پذیری اجتماعی به تنظیم هیجانات خود و دیگران کمک می‌کنند (تیلور، سه و کوئیدباخ[6]، ۲۰۱۹). برقراری رابطه و دریافت حمایت‌های اجتماعی منجر به افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی می‌شود (کوئیدباخ، هانسن و موته[7]، ۲۰۱۹). اختلالات محدودکننده روابط اجتماعی، تنظیم هیجانی را مختل می‌کنند و افراد مبتلا به افسردگی اختلالات قابل توجهی در روابط اجتماعی خود نشان می‌دهند. نشانه‌های افسردگی ممکن است بخشی از اختلال بین‌فردی گسترده‌تر باشند، بنابراین درمان بین‌فردی به عنوان یک جایگزین موثر برای درمان افسردگی مطرح شده است (مارکوویتز و ویسمن[8]،۲۰۲۰). این درمان بر تعدیل الگوهای ناکارآمد روابط بین‌فردی تمرکز دارد و به بیماران کمک می‌کند تا رابطه بین علائم روانی و مشکلات بین‌فردی خود را درک کنند و راهکارهایی برای

[1] World Health Organization
[2] James, Abate & Abate
[3] Vigo, Thornicroft & Atun
[4] Malhi & Mann
[5] Fava & Davidson
[6] Taylor, Szw & Quoidbach
[7] Quoidbach, Hansenne & Motte
[8] Markowitz & Weissman

مقابله با آن‌ها بیابند (ویسمن، مارکوویتز و کلر[1]، ۲۰۱۸). پیشرفت درمانی در این روش از طریق کلامی کردن احساسات در جلسات درمان و تمرین مهارت‌ها در زندگی روزمره حاصل می‌شود (کانگ، یون و لی[2]، ۲۰۲۰). بنابراین با توجه به مطالب گفته‌شده می‌توان در نظر گرفت که درمان بین‌فردی با تمرکز بر مهارت‌های بین‌فردی و کمک به بیماران افسرده در جهت بهبود روابط بین‌فردیشان به این افراد در جهت کاهش علائم اختلال و به دنبال آن بهبود در کیفیت روابط بین‌فردیشان که فقدان آن نقشی محوری در شروع و تداوم این اختلال ایفا می‌کند، کمک قابل‌توجهی کند.

اگر چه مطالعات متعددی درپیشینه پژوهش اثربخشی این مداخله بر بهبود نشانه‌های افسردگی را نشان داده‌اند اما توجه به چند شکاف پژوهشی مهم است. ابتدا اینکه این مداخله به شکل استاندارد در ایران ترجمه و کاربست شده و وجوه فرهنگی جامعه ایرانی که در روابط بین‌فردی بیماران هم بازنمایی می‌شود چندان مورد توجه قرار نگرفته و این در حالی است که بافت اجتماعی که نظریه در آن مطرح شده با جامعه ایرانی متفاوت است و ضروری است مولفه‌هایی در این درمان مورد مداخله قرار بگیرد که نسبت خود را با تجربیات بین‌فردی فرهنگی جامعه ایرانی مشخص کرده باشد و هدف اصلی پژوهش حاضر نیز نیل به چنین تصویری است. از سوی دیگر بیشتر مطالعات این حوزه به شکل کمی و از نوع مطالعات اثربخشی است و کمتر مطالعه ای به شکل ترکیبی به تدوین پروتکل‌های موثری پرداخته که در جامعه ایران حداکثر کارایی را داشته باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، تدوین و انطباق پروتکل روان‌درمانی بین‌فردی بر اساس مولفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی بود.

## روش

طرح کلی پژوهش طرح آمیخته اکتشافی متوالی بود. جامعه آماری در بخش مرور نظام‌مند شامل مقالات منتشر شده حاوی دیدگاه‌های نظری و پژوهش‌های مرتبط با نظریه بین‌فردی نمایه‌شده در پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکالر[3]، اسکوپوس[4]، ساینس دایرکت[5]، وایلی[6]، پاب‌مد[7]، ایرانداک[8]، نورمگز[9]، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی[10] و مگیران[11] در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۳ تشکیل دادند که در مجموع شامل ۳۶۴ مقاله مبنای مرور نظام‌مند قرار گرفت. بر اساس ملاک PRISMA[12] (چک لیست گزارش‌دهی مرور نظام‌مند و فراتحلیل) در نهایت ۲۵ مقاله معتبر برای مرور نظام‌مند مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری در بخش بیماران، بیماران ایرانی مبتلا به اختلال افسردگی بود. نمونه مورد پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی روان‌شناسان و روانپزشکانی (که از آنها تقاضای همکاری شده بود) در شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که بصورت نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع[13] با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از قاعده اشباع تعیین و در نهایت ۱۵ نفر بررسی شدند. در بخش بیماران، ملاک‌های ورود شامل دارا بودن ملاک تشخیصی اختلال

[2] Weissman, Markowitz & Klerman
[2] Kang, Yoon & Lee
[3] Google Scholar
[4] Scopus
[5] Science Direct
[6] Wiley
[7] PubMed
[8] Irandoc
[9] Noor Mags
[10] SID
[11] Magiran
[12] Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis
[13] Purposeful Sampling with Maximum Variation

افسردگی براساس DSM-5 TR، عدم دارا بودن ملاک-های کامل اختلال شخصیت بر اساس SCID-5-PD، عدم ابتلا به دیگر اختلال‌های روانی، عدم ابتلا به بیماری نورولوژیک و عدم اعتیاد بود و ملاک خروج شامل عدم همکاری حین پژوهش بود. جامعه آماری در بخش متخصصان شامل متخصصان حوزه درمان‌های روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. برای واکاوی تجربه اندیشیده متخصصان از ۸ متخصص استفاده شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. این افراد متخصص در حوزه روانشناسی بودند. معیارهای انتخاب متخصصان برای ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سابقه دست کم ۳ سال درمان روان شناختی افسردگی و درمان بین‌فردی، داشتن دست‌کم ۳ مقاله منتشر شده در حوزه درمان افسردگی و تمایل ایشان برای همکاری بود. در بخش طرح تک‌موردی، جامعه آماری شامل بیماران دارای اختلال افسردگی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. که از این جامعه ۲ نفر (۱ زن و ۱ مرد) به عنوان نمونه برای اجرای طرح تک‌موردی با هدف تعیین روایی تجربی پروتکل انطباق یافته انتخاب شدند.

در گام اول، با استفاده از روش مرور نظام‌مند بر روی ۲۵ مستند معتبر بدست آمده بر اساس ملاک PRISMA مستندات تحلیل شدند. به این منظور سوالات پژوهش (جدول ۱)، راهبردهای جستجو (جدول ۲) و معیارهای ورود تعیین شدند.

**جدول ۱ سؤال‌های پژوهش**

| پارامتر | سؤال پژوهش |
|---|---|
| چه چیزی (what)؟ | چه عواملی باعث بروز افسردگی می‌شود؟ |
| چه کسانی (who)؟ | بیشتر چه افرادی در معرض افسردگی قرار می‌گیرند؟ |
| چه وقت (when)؟ | چه مواقعی افسردگی بیشتر گزارش می‌شود؟ |
| چگونه (How)؟ | مداخلات رواندرمانی چگونه اثربخشی بالایی پیدا می‌کنند؟ |

در جدول ۱، سوالات پژوهش ذکر شده‌اند.

در پژوهش حاضر، با استفاده از جستجوی کلید واژه‌های تخصصی Depression AND Interpersonal Therapy, Cultural Adaptation AND Depression Therapy, Phenomenological Components AND Depression, Social Support AND Depression, Interpersonal Conflicts AND Depression, Depression AND Psychotherapy, Iranian Patients AND Depression Therapy در پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی نظیر Google Scholar، PubMed, ProQuest, EMBASE, PsycINFO, Scopusو SID در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۳ مورد جستجو قرار گرفتند.

**جدول۲ جستجوی مقالات و منابع بر اساس کلیدواژه‌ها**

| کلیدواژه انگلیسی | نام پایگاه | تعداد مقالات جستجو شده | مقالات نهایی |
|---|---|---|---|
| Depression AND Interpersonal Therapy | Google Scholar | ۱۵۱ | ۷ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cultural Adaptation AND Depression Therapy | PubMed | ۱۰۸ | ۶ |
| Phenomenological Components AND Depression | Scopus | ۶۵ | ۸ |
| Social Support AND Depression | PsycINFO | ۶۴ | ۶ |
| Interpersonal Conflicts AND Depression | EMBASE | ۸۴ | ۴ |
| Depression AND Psychotherapy | ProQuest | ۳۲ | ۳ |
| Iranian Patients AND Depression Therapy | SID | ۱۲ | ۴ |
| **۹** | ۹ | ۳۶۴=۲۵ | |

در جدول ۲ تمامی کلیدواژگان در پایگاه‌های مورد نظر بررسی و ارزیابی شدند، همچنین به تفکیک جستجوی تمامی کلید واژگان در هر پایگاه نیز ارائه شده است. مقالات پژوهشی به صورت هدفمند بر اساس معیارهای خروج (در دسترس نبودن متن کامل مقاله، نامه به سردبیر و فاقد چکیده) و ورود به پژوهش (مرتبط بودن با هدف پژوهش، برخورداری از چهارچوب ساختار یافته پژوهشی و انتشار در مجله معتبر) برای بررسی انتخاب شدند. تمامی مقالات، پس از استخراج از پایگاه‌های موردنظر، با استفاده کلید واژه‌های تخصصی با اثربخشی مداخلات روان-شناختی بر افسردگی و مشکلات بین‌فردی، توسط مؤلفان حاضر مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور ارتقای کیفیت بیشتر مقالات، بعد از حذف مقالات نامرتبط با اهداف پژوهش و انتخاب مقالات اصلی، بار دیگر برای بالابردن اطمینان از شناسایی و بررسی مقالات موجود، فهرست منابع مقالات انتخاب شده نیز جستجو شد. پژوهشگران به-طور جداگانه محتوای هریک از ۲۵ مقاله را تحلیل کردند. همچنین به صورت جداگانه آنها مطالعه شدند و پس از آن داده‌های هر مقاله به فرم تحلیل محتوا وارد شد. به منظور رفع اختلاف نظرهای احتمالی، در فرایند تحلیل بر ملاک-های ورود به پژوهش تاکید شد تا مطالعاتی که در رابطه با اثربخشی مداخلات روان‌شناختی افسردگی و درمان بین‌فردی است، وارد فرایند تحلیل شود.

کیفیت مقالات با استفاده از فهرست وارسی بررسی مقالات شامل تطابق ساختار مقاله با نوع پژوهش، هدف پژوهش، جامعه پژوهش، فرایند انتخاب نمونه، ابزارهای گردآوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مرتبط و متناسب با اهداف، مشخص بودن معیارهای ورود و خروج، رعایت اخلاق در پژوهش، ارائه یافته‌ها متناسب با اهداف پژوهش و بحث در مورد یافته‌ها با استناد به نتایج پژوهش‌های مرتبط بررسی شد. ارزیابی کیفیت مقالات با استفاده از معیارهای ارائه شده توسط استرن، ساویچ، پیج، البرس، بلنکو و بوترون[1] (۲۰۱۹) انجام گرفت. بر اساس معیارهای ارائه‌شده برای مطالعات کمی

[1] Sterne, Savovic, Page, Elbers, Blencowe & Boutron

(۶ معیار)، کیفی (۱۱ معیار)، شبه آزمایشی (۸ معیار) و آزمایشی (۷ معیار) مقالات در یک مقیاس دو امتیازی (صفر و یک) ارزیابی شدند. نقطهٔ برش برای حذف مقالات کمی امتیاز ۴ و کمتر، برای مطالعات آزمایشی و شبه‌آزمایشی امتیاز ۶ و کمتر، برای مطالعات کیفی نیز امتیاز ۸ و کمتر بود.

در گام دوم، در بخش بیماران، برای گردآوری اطلاعات از روش مصاحبه کیفی عمیق غیرجهت‌دار استفاده گردید. در گام سوم، در بخش متخصصان، به منظور اطمینان از اینکه مطلبی مورد غفلت قرار نگرفته باشد با ۸ نفر از متخصصین در حوزه درمان بین‌فردی مصاحبه پژوهشی انجام شد. پیش از انجام مصاحبه‌ها جهت ضبط محتوای مصاحبه از متخصصان کسب اجازه شد.

در گام چهارم، نتایج حاصل از مرور نظام‌مند، تحلیل مضمون محتوای مصاحبه با بیماران و متخصصان در اختیار ۱۲ متخصص در حوزه مورد نظر قرار گرفت تا نظر خود را اعلام نمایند و از آن‌ها درخواست شد تا هر مضمون را با توجه به هدف پژوهش بر اساس نمره ۳ بخشی (۱- ضروری نیست ۲- مفید است اما ضروری نیست و ۳- ضروری است) بررسی کنند (کوک و بکمن[1]، ۲۰۰۶). در گام بعدی، سپس برای هر مضمون بر اساس پاسخ متخصصان، نسبت روایی محتوا محاسبه گردید. با توجه به اینکه تعداد متخصصان ۱۲ نفر بوده، ملاک لوشه برای حداقل نسبت روایی محتوا[2] قابل قبول ۰/۵۶ است (لوشه[3]، ۱۹۷۵). بنابراین مضامینی که نسبت روایی محتوا آنها بیشتر از ۰/۵۶ بود در فرم نهایی حفظ شدند. برای تعیین شاخص روایی محتوا[4]، از روش والتز و باسل[5] (۱۹۸۱) استفاده شد. بدین صورت که متخصصان بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ بخشی مرتبط بودن شامل ۱"مربوط نیست"، ۲ "نسبتا مربوط است"، ۳ "مربوط است" تا ۴ "کاملا مربوط است" پاسخ دادند. مضمون‌هایی که شاخص روایی محتوا آنها بیشتر از ۰/۷۹ بود عینا وارد پروتکل شد و دیگر موارد حذف شدند. نتایج بدست آمده از نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا نشان داد از بین مضامین استخراج شده، به‌طور مشترک ۱۴ مضمون نمره شاخص روایی محتوا بالاتر از ۰/۷۹ و نمره نسبت روایی محتوا بالاتر از ۰/۵۶ داشتند. مضامین دیگر که برای انطباق پروتکل ضرورت نداشتند یا مرتبط نبودند حذف شدند. در گام بعدی، مضامین باقی مانده به پروتکل اصلی راج هانس (راج هانس، هانس، کومار و چادا[6]، ۲۰۲۰) که یک پروتکل ۱۲ جلسه‌ای درمان بین‌فردی بیماران افسرده است، الحاق گردید. با لحاظ کردن این مضامین، پیش‌نویس پروتکل انطباق‌یافته طراحی شد که دارای ۱۲ جلسه درمانی ۶۰ دقیقه‌ای می‌باشد. این پیش‌نویس توسط اساتید راهنما (متخصص روانشناس بالینی) و مشاور (متخصص روانشناس) بررسی و نهایی شد. سپس ۲ متخصص خارج از تیم پژوهش مجددا پیش‌نویس پروتکل حاضر را بازنگری و تأیید نهایی کردند.

در گام آخر، برای بررسی روایی تجربی پروتکل انطباق یافته از طرح تک‌موردی بر روی دو بیمار با ملاک‌های ورود ذکر شده، استفاده گردید. در این مرحله مطالعه مقدماتی[7] انجام شد، این بررسی، از نوع سری زمانی منقطع ساده (A-B) و تک موردی است. با این هدف، یک بیمار زن (۳۲ ساله) و یک بیمار مرد (۲۸ ساله) که دارای اختلال

[1] Cook & Beckman
[2] Content Validity Ratio
[3] Lawshe
[4] Content Validity Index
[5] Waltz & Bausell
[6] Rajhans, Hans, Kumar & Chadda
[7] Pilot Study

افسردگی بودند با مصاحبه و غربالگری انتخاب و وارد درمان شدند. پس از ارزیابی اولیه برای ورود مراجع به درمان، رضایت نامه کتبی از ایشان جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. برای اطمینان از ثبات متغیر در مرحله A ، ۳ بار برای مورد اول و ۴ بار برای مورد دوم و ۱۲ نمره (اجرای پرسشنامه‌ها پس از هر جلسه) اجرا شد.

لازم به ذکر است برای بررسی مستندات پژوهشی از مرور نظام‌مند استفاده شد. برای بررسی متون مصاحبه‌ها (بیماران و متخصصان) از روش تحلیل مضمون براون و کلارک[1] (۲۰۰۶) استفاده گردید. از نرم‌افزار MaxQDA نیز برای سهولت در تحلیل مضمون استفاده شد. در بخش کمی، برای بررسی نتایج طرح تک‌موردی، شاخص‌های توصیفی (درون موقعیتی و بین موقعیتی) و شاخص‌های اندازه اثر هر جلسه با استفاده از d کوهن محاسبه گردید. تمامی مراحل فوق با نرم‌افزار SPSS-27 در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

## ابزار

در این پژوهش از مصاحبه بالینی ساختاریافته و پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (بک، استیر و براون[2]، ۱۹۹۶) و پرسشنامه مشکلات بین‌فردی (بارخام، هاردی و استارتاپ[3]، ۱۹۹۶) برای غربالگری شرکت‌کنندگان پژوهش استفاده شد.

### *مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی –ویرایش پنجم[4]*

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 آموزش‌دیده که با طبقه‌بندی DSM-5-TR (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۲۲) آشنایی داشته و از ملاک‌های تشخیص اختلال‌ها آگاهی داشتند، اجرا می‌شود (محمدخانی، جوکار و جهانی تابش، ۱۳۹۹). در این پژوهش، نسخه DSM -5-TR به منظور ارزیابی اختلالاتی که در پژوهش مشخص شده است، مورد استفاده قرار گرفتند. نسخه ترجمه فارسی DSM -5-TR اعتبار و روایی قابل قبولی را برای تشخیص‌های مختلف طبقه‌بندی اختلال‌های بالینی نشان می‌دهد. پژوهش‌ها ویژگی روانسنجی DSM -5-TR برای همسانی درونی (۰/۹۹ – ۰/۹۵) ضریب بازآزمایی (۰/۷۹ – ۰/۶۰)، ضریب اعتبار کاپا (۰/۷۲ – ۰/۵۷) را نشان دادند(محمد خانی و همکاران، ۱۳۹۹).

### *پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم*

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) پرسشنامه‌ای خودگزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. در این پرسشنامه گویه‌ها بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی شدت افسردگی بیشتر می‌باشد. نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۶۳ قرار دارد. هر یک از گویه‌های این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد (بک، ۱۹۹۶). خرده مقیاس‌های آن شامل خرده مقیاس شناختی ، خرده مقیاس عاطفی هیجانی و خرده مقیاس جسمانی کارکردی می‌باشد. ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله یک هفته و همسانی درونی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۲ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). فتی، قاسم‌زاده و قربانی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ را

[1] Braun & Clarke
[2] Beck, Steer & Brown
[3] Barkham, Hardy & Startup
[4] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5-TR)

۰/۹۱، ضریب اعتبار دونیمه‌سازی را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. مطالعه دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب اعتبار کل پرسشنامه برای هر ۲۱ گویه ۰/۹۱ را نشان داده است و روایی همزمان وابسته به ملاک این پرسشنامه (۰/۸۷ = r) گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۲ بدست آمد.

***پرسشنامه مشکلات بین‌فردی بارخام***

مشکلات بین‌فردی با پرسشنامه مشکلات بین‌فردی بارخام اندازه‌گیری می‌شود. فرم ۳۲ سؤالی پرسشنامه مشکلات بین‌فردی، یک ابزار خودگزارشی است که گویه های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین‌فردی تجربه می کنند. 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 طراحی شد. این فرم بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی از فرم ۱۲۷ سؤالی و با در نظر گرفتن چهار گویه ای که بیشترین بار عاملی را در هر ریز مقیاس دارند، به دست آمد. این مقیاس دارای ۸ زیر مقیاس می باشد: مردم آمیزی، جرأت ورزی، مشارکت با دیگران، حمایت از دیگران، پرخاشگری، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران و وابستگی به دیگران.

این گویه‌ها بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر(به هیچ وجه) تا ۵ (به شدت) نمره‌گذاری می‌شوند. فرم تهیه شده توسط بارخام و همکاران 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، آزاد فلاح، رسول زاده، طباطبایی و رحیمی، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ این ابزار بر اساس داده‌های حاصل از این پژوهش، ۰/۸۴ بدست آمد.

## یافته‌ها

با استفاده از روش مرور نظام‌مند بر روی ۲۵ مستند معتبر بدست آمده بر اساس ملاک PRISMA مستندات تحلیل شدند. یافته‌های حاصل از مرور نظام‌مند مستندات (مفاهیم) و تعاریف آنها در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳ یافته‌های حاصل از مرور نظام‌مند (مفاهیم) و تعاریف مفاهیم**

| مفاهیم استخراج شده از مرور نظام‌مند | تعاریف مفاهیم |
|---|---|
| تعارض بین‌فردی | تعارض بین‌فردی به ناسازگاری بین دو شخص اشاره می‌کند. این مغایرت معمولا در نتیجه وجود تفاوت بین اشخاص رخ می‌دهد. این نوع ناسازگاری زمانی اتفاق می‌افتد که اهداف، ارزش‌ها، علاقه‌ها یا نیازهای دو نفر با یکدیگر همخوانی نداشته باشند. |
| ذهنی‌سازی | ذهنی سازی هنگامی اتفاق می‌افتد که ما با استفاده از نوعی فعالیت ذهنی و به کارگیری قدرت تجسم، رفتار انسان‌ها را درک و تفسیر می‌کنیم و این رفتارها را هدفمند و ناشی از یک ذهن پردازشگر می‌دانیم. |
| خشونت خانوادگی | خشونت خانگی نوعی رفتار سودجویانه در روابط نزدیک و انواع دیگر روابط در خانواده است که در آن یک شخص خود را نسبت به دیگری قوی‌تر می‌بیند و در وی هراس ایجاد می‌کند. این خشونت ممکن است در روابط گوناگون روی دهد. کسانی که رفتار خشونت‌آمیز دارند از ترفند های گوناگونی برای حفظ سلطه و کنترل خود بر دیگران بهره می‌برند که خشونت جهانی، خشونت جنسی، سوءاستفاده عاطفی، جداکردن شخص از کسانی که از او حمایت می‌کنند، سوءاستفاده روانی، سوءاستفاده مالی، وادار کردن فرد به پذیرش دین و مذهب جدید، رساندن آسیب جسمی به دوستان یا نزدیکان، رساندن آسیب جسمی به حیوانات و سوءاستفاده از قانون را شامل می‌شود. |
| عدم مهارت ارتباطی | عدم مهارت‌های ارتباطی شامل همه مهارتها و توانمندی‌هایی هستند که به ما کمک می‌کنند افکار، احساسات و اطلاعات خود را به دیگران منتقل کرده و متقابلا افکار، احساسات و اطلاعات طرف مقابل را بهتر درک و دریافت کنیم. |

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تعارض بین‌فردی، ذهنی سازی، خشونت خانگی و عدم مهارت ارتباطی از جمله مفاهیمی هستند که از طریق مرور نظام‌مند مستندات استخراج گردیدند. یافته‌های حاصل از تحلیل مضمون مصاحبه با بیماران و تعاریف آنها در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴ یافته‌های تحلیل مضمون مصاحبه با بیماران**

| مفاهیم استخراج شده از مصاحبه با بیماران | تعاریف |
|---|---|
| درک‌ناپذیری خانواده | نادیده گرفتن مرزهای یکدیگر، مورد آزار و اذیت واقع شدن توسط خانواده، در اولویت قراردادن خود شان، کنارگذاشتن یکدیگر، لغو کردن برنامه های دیگر اعضای خانواده یا ناامید کردن یکدیگر، عدم وقت گذاشتن، عدم همراهی در مراسم‌ها، برقراری ارتباط و تماس با یکدیگر در مواقعی که فقط کار دارند، رقابت اعضا با هم، عدم تشویق، انتقاد مکرر، |

| | |
|---|---|
| | واکنش بیش از حد، کنترل‌کردن، ایجاد احساس گناه در هنگام اولویت دادن خود، عدم احساس دوست داشتن، عدم علاقه به تفکرات یکدیگر. |
| تبعیض جنسیتی در خانواده | نابرابری جنسیتی به تفاوت‌های نظام‌مند بین مردان و زنان در بسیاری از حوزه‌ها اشاره دارد که از مشارکت و فرصت‌های اقتصادی، توانمندی‌های سیاسی و حصول آموزش تا سلامتی و آسایش متغیر است. |
| والدگری نامنعطف | والدگری فرآیند تربیت فرزندان و حمایت و مراقبت از آنها به منظور تضمین رشد سالم آنها تا بزرگسالی است. فرزندپروری مستبدانه یک سبک فرزندپروری است که با تقاضای زیاد و پاسخگویی کم شناسایی می‌شود. |
| رابطه مبتنی بر شرم‌دهی | شرم‌دهی معمولا شامل گفتارها و رفتارهایی است که هویت فرد را به چالش می‌کشد که در نتیجه شرم درونی را در افراد ایجاد می‌کند. |
| سقف شیشه‌ای جنسیت‌زده ابراز هیجان | سقف شیشه‌ای عاملی است که بصورت نامرئی باعث ایجاد محدودیت در ابراز هیجان می‌شود. در نتیجه ابراز هیجان به شیوه سالم را مختل می‌کند که در بلندمدت باعث تعارض‌های درون‌روانی می‌شود. |

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود درک‌ناپذیری خانواده، تبعیض جنسیتی در خانواده، والدگری نامنعطف، رابطه مبتنی بر شرم‌دهی و سقف شیشه‌ای جنسیت‌زده ابراز هیجان از جمله مفاهیمی هستند که از طریق تحلیل مضمون مصاحبه با بیماران استخراج گردیدند.

یافته‌های حاصل از تحلیل مضمون مصاحبه با متخصصان و تعاریف آنها در جدول ۵ ارائه شده است.

**جدول ۵ یافته‌های تحلیل مضمون مصاحبه با متخصصان**

| مفاهیم استخراج شده از مصاحبه با بیماران | تعاریف |
|---|---|
| شکاف بین‌نسلی | شکاف بین‌نسلی یا شکاف نسل‌ها، اختلاف نظر بین یک نسل و نسل دیگر در مورد باورها، سیاست یا ارزشهاست. |
| بی‌هدف‌گردی در فضای مجازی و دوری از تعامل | چرخیدن‌های مداوم در اینترنت و شبکه‌های اجتماعی بدون هدف و فقط وقت تلف کردن، که منجر به دوری از تعامل می‌گردد. |
| کشمکش مذهبی | کشمکش مذهبی (کشمکش‌های مربوط به خدا)، که با تعارض‌ها و ادراک فرد از خدا و رابطه‌اش با او ارتباط دارد مانند احساس خشم نسبت به خدا در موقعیت‌های عدم استجابت دعا یا احساس رهاشدگی از جانب خداوند. |
| نداشتن محل بروز هیجانات | نداشتن محل ابراز هیجانات: هیجان: به احساسات و واکنش‌های عاطفی که در ظاهر هم قابل مشاهده هستند گفته می‌شود. |
| شرم بیرونی | شرم بیرونی با تفکرات و احساساتی که شخص چگونه در اذهان دیگران به نظر می‌رسد، مرتبط است. در این احساس، کانون توجه بر دیدگاه دیگران از خود است. مرکز توجه این شرم بر احساسات و ارزیابی‌های خود به عنوان یک فرد بی‌کفایت و بد است. |

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود شکاف بین‌نسلی، بی‌هدف‌گردی در فضای مجازی و دوری از تعامل، کشمکش مذهبی، نداشتن محل بروز هیجانات و شرم بیرونی از جمله مفاهیمی هستند که از طریق تحلیل مضمون مصاحبه با متخصصان استخراج گردیدند. نتایج مربوط به شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا جلسات روان‌درمانی بر اساس مرور نظام‌مند مستندات، تحلیل مضمون مصاحبه با بیماران و تحلیل مضمون مصاحبه با متخصصان در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

**جدول ۶ CVI (شاخص روایی محتوا) و CVR (نسبت روایی محتوا) جلسات مداخله بر اساس مرور نظام‌مند مستندات، تحلیل مضمون مصاحبه با بیماران و متخصصان**

| مولفه‌های درمان بین‌فردی | جلسه | CVI | CVR |
|---|---|---|---|
| سوگ<br>مرگ شخصی مهم (مثل مرگ فرزند، همسر، والدین، یا یکی از اعضای خانواده) | مراسم خاک سپاری برای بیشتر مردم در فرهنگ ایران اهمیت دارد و چنانچه به دلیل وضعیت جسمی متوفی (مفقود، سوخته و یا منهدم شدن بدن) امکان برگزاری مراسم با روش معمول وجود نداشته باشد، ممکن است رنج و درد نزدیکان افزایش یابد. در چنین شرایطی باید مراسم عزاداری با مناسک مناسبی جایگزین شود. | ۱ | ۰/۶۷ |
| | تغییر انتظارات برای سیاه پوشی یک ساله بازماندگان، یا حرام کردن هر نوع شادی در طول این یک سال برای فردی که غم مرگ عزیزی را دارد، ضجه زدن و آسیب رساندن بازماندگان به خودشان یا شور دادن به سخنرانی و مداحی‌ها در برگزاری رسوم و آیین های | ۱ | ۰/۶۷ |
| | قدیس شدن افراد بعد از مرگشان. گویی مرگ چونان آبی بر سر مردگان می‌ریزد و آن ها را از ناپاکی‌ها می شوید و از آن به بعد شخصیت غیرمحبوب و آزاردهنده آن ها، محبوب و دوست‌داشتنی می‌شود. و این موضوع باعث می‌شود تا افراد نتوانند احساساتی همچون خشم نسب به فرد از دست رفته را در خود تجربه نمایند. | ۱ | ۰/۶۷ |
| اختلاف نظرها<br>(اختلاف با دیگران در زندگی) | با توجه به غالب بودن دیدگاه بدبینانه نسبت به روابط به افراد کمک شود چالشهای موجود در روابط خود را شناسایی نمایند از زاویه دید خود به مسئله بپردازند و سپس تلاش نمایند تا از زاویه فرد دیگر و همچنین زاویه دید یک سوم شخص به مسئله بپردازند تا از این طریق به تمام جنبه‌های یک مسئله و چالش آشنا گردند و سپس با پذیرش نقش و مسئولیت خود در جهت کاهش چالشهای به وجود آمده در بطن رابطه خود اقدام نمایند. | ۱ | ۰/۸۳ |
| | به افراد کمک می‌شود آزادانه حرفهایشان را به زبان خودشان بیان کنند و ارتباطی را با بافتی وسیعتر ایجاد کنند. به عنوان درمانگر همواره نقش یک فرد مبتدی را بازی می‌کنیم. این حالت به ما کمک می‌کند کمتر فکر کنیم مطالب را می‌دانیم و به این ایده که تصور فهمیدن به خودی خود نقطه مقابل درمان است متعهد بمانیم. بنابراین درمانگران این پیغام را به مراجع می‌دهند که ماندن در رابطه نیازمند داشتن ذهنی باز و پذیرش طرز رفتار طرف مقابل | ۰/۸۳ | ۰/۶۷ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | می‌باشد و علاوه بر این درک متقابل یکدیگر مانند عملی ماجراجویانه است که ارزش دست زدن به آن را دارد. مبادرت به شناخت فردی که قبال او را نمی‌شناختیم و هیچ گاه نیز سعی در شناخت او نداشته‌ایم، کاری است ماجراجویانه که مواهب فراوانی را برای ما در آینده درپی‌خواهند داشت. | | |
| | روشن شدن انتظارات از خود و دیگری (با توجه به این که بیان خواسته‌ها در فرهنگ ایرانی به صورت صریح بی‌ادبی تلقی می‌شود می‌توان از دیگران کمک گرفت)، تقویت مهارتهای ارتباط موثر و تمرین این مهارتها (مهارتهایی همچون گوش‌دادن و شنیدن فعال) و با توجه به نقش بزرگان در حل و فصل مشکلات در فرهنگ ایرانی و بسیج افرادی که بتوانند برای تعارض راه حل ارائه دهند. | ۰/۹۱ | ۰/۶۷ |
| تغییرات زندگی (وجود تغییرات یا انتظار تغییر، منفی یا مثبت، در زندگی که بر روابط شخص تاثیر می‌گذارد) | ممکن است پایان‌دادن به رابطه به دلایل فرهنگی یا مالی گزینه مناسبی برای فرد نباشد. در این شرایط همچنان امکان تغییر رابطه در آینده و پایان آنچه تاکنون بوده پابرجاست. گاهی افراد به زندگی و تعامل با دیگران ادامه می‌دهند اما نوع متفاوتی از رابطه با آنچه پیشتر بوده را تجربه می‌کنند. این گزینه در صورتی مفید است که به فرد کمک کند تا روش‌هایی بیابد که به افسردگی دچار نشود. | ۰/۸۳ | ۰/۶۷ |
| | جدا شدن از خانواده و مستقل شدن در فرهنگ ایرانی معمولا با عذاب وجدان از تنها گذاشتن پدر و مادر همراه است که بایستی به این موضوع توجه نمود. | ۱ | ۰/۶۷ |
| | وارد شدن به دانشگاه، سربازی و ازدواج از جمله تغییرات مهمی هستند که در فرهنگ ایرانی بایستی به آن توجه ویژه نمود. | ۱ | ۰/۶۷ |
| تنهایی/انزوای اجتماعی (احساسات دیرپای تنهایی، خستگی و یا دوری عاطفی از دیگران) | سلام و و احوال پرسی در بسیاری از جوامع مرسوم است. ممکن است فرد در جلسه با درمانگر به خوبی احوالپرسی نکند. این کار را بی‌ادبی تلقی نکنید. احتمالا این موضوع مربوط به افسردگی است | ۱ | ۰/۸۳ |
| | در بسیاری از فرهنگها رویارویی مستقیم با شخص قابل قبول نیست؛ و برای انتقال پیام بهتر است از شیوهای غیرمستقیم استفاده شود | ۱ | ۰/۸۳ |
| | مسئله روابط قبل از ازدواج با توجه به این که در فرهنگ ایرانی امری پذیرفته شده نیست می‌تواند نقشی اساسی در محدودکردن افراد جهت داشتن روابط داشته باشد که در بروز احساس تنهایی نقشی اساسی دارد. | ۱ | ۰/۸۳ |
| تعارض بین‌فردی | با شیوه‌هایی از قبیل کناره‌گیری از تعارض، سازش، همکاری، گوش‌دادن فعال، همدلی با دیگران می‌توان به بهبود و حل تعارض‌های بین‌فردی کمک کرد. | ۱ | ۰/۶۷ |
| ذهنی‌سازی | برای ارتقاء توانایی ذهنی‌سازی می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد که شامل آموزش مهارتهای اجتماعی، تمرینات | ۱ | ۰/۶۷ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | هوش هیجانی، خودبازنگری و تمرینات خودآگاهی، مدیتیشن و تمرینات تنفسی می‌باشد. | | |
| خشونت خانوادگی | پیدا کردن جای امن برای ماندن، کمک از اورژانس اجتماعی، کمک از روان‌درمانگر و استفاده از قوانین مدنی و اسلامی. | ۰/۹۱ | ۰/۸۳ |
| عدم مهارت ارتباطی | یادگیری مهارتهایی که در این راستا کمک می‌کنند: مهارت گوش‌دادن فعال، هماهنگی سبک ارتباطی با مخاطب، داشتن اعتماد به نفس، مهارت دوستی، مهربانی و همدلی، شناخت و استفاده از زبان بدن، مهارت ارسال و دریافت بازخورد، انتخاب لحن و تن صدای مناسب، انتخاب رسانه مناسب. | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ |
| درک ناپذیری خانواده | پیدا کردن تعادل در زندگی، متعهد بودن به برقراری ارتباط، از بین بردن عوامل حواس‌پرتی، گوش دادن فعال، توجه به ارتباطات غیرکلامی، محبت در سطح اعضای خانواده، پرسیدن سوالات جالب، تنظیم احساسات، تشویق ارتباط صادقانه، ارتباط مثبت. | ۰/۹۰ | ۰/۸۳ |
| تبعیض جنسیتی در خانواده | اقداماتی که به کاهش تبعیض جنسیتی در خانواده کمک می‌کند عبارتند از انجام کارهای خانه و مراقبت از کودک بطور مساوی، توجه به نشانه‌های خشونت خانگی، حمایت از مادران، عدم سکوت در مقابل رفتارهای متعصبانه، کمک به زنان در بدست‌آوردن قدرت، پرداخت حقوق برابر برای کار یکسان، صحبت با زنان و دختران، کمک به توقف کودک همسری و آزارجنسی. | ۱ | ۰/۶۷ |
| والدگری نامنعطف | یادگیری در مورد سبک فرزندپروری مقتدرانه، گوش کردن به حرف کودک، وضع قوانین در خانه، استفاده از پیامدهای منطقی، شرکت در کلاس فرزندپروری. | ۰/۹۰ | ۰/۸۳ |
| رابطه مبتنی بر شرم‌دهی | رابطه مبتنی بر شرم‌دهی، با تضعیف عزت نفس باعث خلق افسرده می‌شود. راهکار کلیدی، بازسازی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. بعلاوه مرزگذاری عاطفی و بازسازی هویت مستقل موثر می‌باشد. | ۰/۹۲ | ۰/۶۷ |
| سقف شیشه‌ای جنسیت‌زده ابراز هیجان | تقویت سواد هیجانی و بازآفرینی نقش‌های جنسیتی درونی شده از طریق درمان بین‌فردی به فرد کمک می‌کند هیجانات سرکوب شده را شناسایی و ابراز کند و مانع بروز مجدد هیجانها به شیوه معیوب شود. | ۰/۸۸ | ۰/۸۳ |
| شکاف بین‌نسلی | راهکار ترمیم: با ارتباط نزدیک و صمیمانه گروه‌های مرجع و متولیان فرهنگ با جوانان و تلاش در جهت درک نیازهای آنان و حمایت مادی و معنوی و پاسخ به شبهات آنها می‌توان شکاف را رفع کرد. | ۱ | ۰/۸۳ |
| بی‌هدف‌گردی در فضای مجازی و دوری از تعامل | راهکارهایی برای ترک عادت به گوشی و فضاهای مجازی: پذیرفتن وابستگی به شبکه‌های اجتماعی، عدم در دسترس بودن مداوم گوشی، تقسیم‌بندی کردن زمان حضور در شبکه‌های مجازی، بستن گروه‌ها و کانال‌های غیرضروری، محاسبه فرصت‌های از دست رفته، پیدا کردن سرگرمی‌های جدید، غنی‌سازی روابط واقعی، زندگی کردن در لحظه، استراحت دادن | ۱ | ۰/۶۷ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | به خود، ابراز عقاید در تریبون‌های دیگر، عوض کردن افکار، کشف عادت‌های جدید، زود خوابیدن، ورزش، مطالعه. | | |
| کشمکش مذهبی | شناخت و آگاهی دینی، شناخت دوستان و همنشینان. | ۰/۸۳ | ۰/۶۷ |
| نداشتن محل ابراز هیجانات | خودآگاهی: مطلع بودن از نقاط قوت و ضعف خود و آگاهی از اینکه چه چیزهایی احساسات شما را تحت تاثیر قرار می‌دهند.<br>بازخورد دادن: با بازخورد دادن ریشه اصلی احساسات خود را در هر موقعیت یا نسبت به افراد دیگردرمی‌یابید. در این حالت می‌توان با جداسازی احساسات از موقعیت به حل اختلاف میان خود و دیگران پرداخت.<br>پذیرش: احساسات واقعی خود را بپذیرید. با این کار خیلی سریع می‌توان کنترل آنها را در دست گرفت و روی موضوع دیگری متمرکز شد. یادگیری همدلی بهمراه دارد.<br>به این ترتیب در صورت بروز سوءتفاهم‌ها، برخوردهای خارج از کنترلی از خود نشان نمی‌دهید و به احساسات طرف مقابل نیز به اندازه احترام می‌گذارید.<br>دیدگاه؛ اگر طرز تفکر و دیدگاه خود را گسترش دهید در موقعیت‌های مختلف بهتر درک می‌کنید که هیجان چیست و کنترل آن را بدست می‌گیرید.<br>همدلی؛ همدلی یعنی خود را به جای دیگران بگذارید و احساسات آنها را در موقعیتی که هستند به درستی درک کنید. | ۰/۸۸ | ۰/۶۷ |
| شرم بیرونی | شناسایی شرم، پذیرش شرم، دادن عشق بی‌قید و شرط به خود، صحبت در مورد شرم با افراد مورد اطمینان. | ۰/۸۰ | ۰/۸۳ |

نتایج شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا جلسات درمان برای ۴ مفهوم ذکر شده در پروتکل درمان بین‌فردی راج هانس (سوگ، اختلاف نظرها، تغییرات زندگی و تنهایی و انزوای اجتماعی) و دیگر مفاهیم حاصل از مرور نظام‌مند مستندات و تحلیل مضمون مصاحبه با بیماران و متخصصان که به پروتکل درمان بین‌فردی راج هانس الحاق شده بودند در جدول ۶ ارائه شده است.

درجه‌بندی نظر متخصصان برای تعیین نسبت روایی محتوا جلسات نشان داد که ضریب نسبت روایی محتوایی بالایی به دست آمد. نتایج درجه‌بندی نظر متخصصان برای تعیین شاخص روایی محتوایی جلسات بررسی شد و برای به دست آوردن شاخص روایی محتوایی از روش والتز و باسل استفاده شد. بر اساس نتایج این پژوهش ضریب شاخص روایی محتوایی بالا برای محتوای پروتکل انطباق‌یافته به دست آمد. با توجه به اینکه هرچه ضریب روایی به یک نزدیک‌تر باشد روایی بیشتر است، پس پروتکل درمان بین‌فردی انطباق‌یافته روایی محتوایی بالایی دارد. اینکه چرا این جلسات از دیدگاه متخصصان دارای روایی محتوایی بود به این علت است که جلسات پروتکل درمان بین‌فردی انطباق‌یافته بر اساس مولفه‌های پدیداری بین‌فردی افسردگی، همان طور که در پژوهش‌ها و پیشینه پژوهش نیز نشان داده‌اند منجر به افسردگی می‌شوند و طراحی

جلسات بر اساس این مولفه‌ها می‌تواند به کاهش افسردگی بیماران کمک کند. به همین دلیل این جلسات می‌تواند از دیدگاه متخصصان دارای روایی محتوایی بالایی باشد.

پروتکل درمان بین‌فردی انطباق یافته ۱۲ جلسه‌ای، بر روی دو شرکت‌کننده (۱ زن و ۱ مرد) برای سنجیدن قابلیت اجرایی و اینکه آیا نیاز به اصلاح دارد یا ندارد اجرا شد.

ابتدا برای تعیین خط پایه تا رسیدن به ثبات، متغیر وابسته اندازه‌گیری شد. مورد اول پس از ۳ بار و مورد دوم پس از ۴ بار اجرا، ثبات نشان داد. سپس پروتکل انطباق‌یافته با درمان بین‌فردی اجرا شد. در تمام جلسات محتوای از پیش طراحی شده، اجرا شد. مشاهدات بالینی در طول جلسات انجام و به استاد راهنما گزارش می‌شد. از فهرست وارسی برای مکتوب کردن مشکلات حین جلسات استفاده می‌شد. در هر جلسه یا جلسه بعد در مورد روند جلسه از بیمار سؤال می‌شد، و بازخورد مراجع در جهت اصلاح بعضی قسمت‌ها یا نگه‌داشتن بعضی از محتواها خیلی مهم بود، مثلا در مورد استفاده از جنبه های فرهنگی پروتکل در جلسات اولیه، بیمار آمادگی لازم برای انطباق آن با درمان را نداشت لذا در اصلاح پروتکل این مورد لحاظ شد و از مطالب مرتبط با درمان، در جلسات اول استفاده نشد و همینطور پس از جلسه نهم که بیمار با مفاهیم اصلی درمان بین‌فردی آشنا و تمرینات آموزش داده شد.

برای بررسی روایی تجربی این پروتکل از طرح شبه‌آزمایشی تک موردی (A-B) استفاده شد. تحلیل بین‌موقعیتی و درون‌موقعیتی نشان داد که در مرحله مداخله، روند تغییرات کاهشی و اندازه اثر آن که از طریق dکوهن محاسبه شد برای هر جلسه قابل قبول بود. نتایج طرح تک‌موردی (A-B) نشان داد که بین مرحله خط پایه (۳ اندازه‌گیری) و مرحله مداخله (۱۲ جلسه) تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود داشت (۴/۸ = d کوهن).

پس از بررسی نتایج این بخش، اصلاحاتی صورت گرفت.

در جلسات اولیه تا جلسه هشتم بیمار آمادگی ارتباط گرفتن با موارد منطبق با فرهنگ را نداشت و تمایل به آموختن موارد روانشناختی داشت. این باعث شد که در اصلاح پروتکل تا جلسه هشتم در نظر گرفته شود که اصلا از موارد منطبق با فرهنگ استفاده نشود.

مشاهده شد وقتی بر موارد آموزش داده شده تأکید نمی-شد که برای هفته دیگر آماده باشد بیمار تکالیف را جدی نمی‌گرفت و باعث می‌شد که بیمار با روند درمان ارتباط برقرار نکند. این مورد سبب شد که درمانگر تأکید زیادی بر انجام تکالیف داشته باشد و در هر جلسه اثرات و تغییرات حاصل از جلسه پیش بررسی می‌شد. بنابراین با لحاظ اصلاحات مذکور، در نهایت می‌توان گفت که درمان دارای کارایی بوده و قابلیت اجرا در فرهنگ ایرانی را دارد.

در نهایت محتواهای حاصل از مراحل قبل در جدول ۷ آمده است.

**جدول ۷ خلاصه درمان بین‌فردی انطباق‌یافته با مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی**

| 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 بین‌فردی گذشته و روابط کنونی، تکمیل سیاهۀ روابط بین‌فردی، برقراری ارتباط بین افسردگی و روابط بیمار، کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه. |
| چهارم | تعیین هدف ابتدایی | فرمول بندی حیطۀ بین‌فردی و تعیین یک حیطۀ ناایمنی نقش و یک هدف بین‌فردی کاملا اختصاصی به عنوان یک هدف ابتدایی. |
| پنجم | آمادگی برای تغییر الگوهای بین‌فردی 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 بین‌فردی 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 بین‌فردی، آماده کردن مراجع برای آن رویداد به وسیلۀ در نظر گرفتن گزینه‌های راهبردی بین‌فردی، رسیدگی به تجربه‌های مراجع بعد از آن رویداد. |
| هفتم | کار روی موضوع‌های بین‌فردی | کار روی موضوع‌های بین‌فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت |
| هشتم | افزایش مهارت‌های بین‌فردی | افزایش مهارت‌های بین‌فردی مانند ابراز نیازها و احساسات، ارائۀ 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 | فعال‌سازی جرأت‌مندی و خودکنشی در صورت اجتناب فرد از تمرکز بر مشکلات بین‌فردی، ارزیابی کار روی ناایمنی نقش، آشکارسازی تغییرات کسب شده در عملکرد نقش و تصریح پیامدهای تغییر، غنی‌سازی روابط واقعی، افزایش اعتماد به نفس. |
| دهم | ارزیابی پیشرفت درمان و آماده‌سازی برای پایان‌دهی به درمان | ارزیابی پیشرفت درمان، آماده‌سازی مراجع برای پایان‌دهی به جلسات درمان، آموزش چگونگی پیشگیری از انزوای اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی، مرزگذاری عاطفی، تحکیم تغییرات به دست آمده و آماده‌سازی او برای کنارآیی با تجارب و موقعیت‌های چالش‌انگیز آینده. |
| یازدهم | ابراز احساسات در مورد خاتمۀ درمان | ابراز احساسات در مورد خاتمۀ درمان و ارائۀ شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمانگر |
| دوازدهم | برقراری اتحاد درمانی و ارائۀ خلاصه‌ای از طرح درمانی | برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی، خلاصه‌ای از طرح درمانی |

## بحث

این پژوهش با هدف، تدوین و انطباق پروتکل رواندرمانی بین‌فردی بر اساس مولفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که نسخه انطباق‌یافته پروتکل درمان بین‌فردی که بر اساس مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی تدوین شده، دارای روایی محتوایی و تجربی مناسبی است و می‌تواند در کاهش علائم افسردگی و بهبود روابط بین‌فردی در نمونه‌های اولیه بالینی اثربخش باشد. این مؤلفه‌ها با استفاده از سه منبع معتبر شامل مرور نظام‌مند مستندات علمی، تحلیل مضمون مصاحبه با بیماران، و تحلیل مضمون مصاحبه با متخصصان سلامت روان استخراج شده‌اند.

مطالعات پیشین نیز اثربخشی درمان بین‌فردی بر علائم افسردگی را تأیید کرده‌اند (باربر و سولومونوف[1]، ۲۰۱۹؛ نای، لیتل وود، دیل و اندرسون[2]، ۲۰۲۳؛ استانگهلینی و روسی[3]، ۲۰۱۹). با این حال، آنچه در مطالعه حاضر تمایز ایجاد می‌کند، تمرکز بر مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی و استفاده از این مؤلفه‌ها در بازطراحی ساختار جلسات درمانی است. نتایج نشان می‌دهد که توجه به این ابعاد خاص تجربه افسردگی، نظیر درک‌ناپذیری درون‌خانوادگی، ابراز هیجان محدود، والدگری نامنعطف، تبعیض نقش جنسیتی، و شرم بیرونی، می‌تواند فرآیند درمان را هدفمندتر و منطبق‌تر با نیازهای ذهنی بیماران سازد (کازدین[4]، ۲۰۲۲؛ لی، هان، شوو و ژانگ[5]، ۲۰۲۴).

ادبیات روان‌درمانی مدرن تأکید دارد که تدوین مداخلات باید با درک پدیداری از تجربه درونی بیماران همراه باشد. درمان‌هایی که صرفا بر نشانه‌های سطحی یا تشخیص‌های رسمی متمرکز هستند، ممکن است بخش مهمی از ساختار معنایی تجربه افسردگی را نادیده بگیرند (استانگهلینی و روسی، ۲۰۱۹). بنابراین، به‌کارگیری مؤلفه‌هایی که برآمده از تجربه زیسته بیماران‌اند، می‌تواند هم‌خوانی معنایی بیشتری با ذهنیت مراجع برقرار کرده، اتحاد درمانی را تقویت و مداخله را اثربخش‌تر کند (نای و همکاران، ۲۰۲۳).

افزون بر این، الحاق مؤلفه‌های پدیداری به پروتکل درمانی، مستلزم بازتعریف ظریف‌تری از نقش درمانگر در جلسه است. مواجهه با ابعادی مانند شرم بیرونی، تبعیض نقش جنسیتی یا والدگری نامنعطف، درمانگر را با محتوای هیجانی و بین‌فردی مواجه می‌سازد که اغلب در نسخه استاندارد پروتکل پیش‌بینی نشده است. در این شرایط، مهارت درمانگر در تسهیل تجربه ایمن، تنظیم عاطفه، و ارائه بازتاب همدلانه اهمیتی مضاعف می‌یابد. بنابراین، تطبیق ساختار جلسات با پیچیدگی‌های پدیداری خاص این بیماران، نه‌تنها محتوای درمان، بلکه سبک تعامل بالینی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. این موضوع گویای آن است که در طراحی مداخلات انطباق‌یافته، لازم است به موازات تغییر در محتوای پروتکل، بازآموزی درمانگران و تمرکز بر مهارت‌های تعاملی نیز مورد توجه قرار گیرد.

در پایان، یادآوری می‌شود که این مقاله بخشی از مطالعه نخست یک پروژه گسترده‌تر در قالب رساله دکتری

[1] Barber & Solomonov
[2] Nye, Littlewood, Dale & Anderson
[3] Stanghellini & Rossi
[4] Kazdin
[5] Li, Han, Xu & Zhang

است که با هدف تدوین نسخه انطباق‌یافته پروتکل درمان بین‌فردی و بررسی روایی محتوایی و تجربی آن انجام شده است. بررسی اثربخشی مقایسه‌ای این پروتکل در مطالعه دوم این پژوهش قرار دارد که نتایج آن در مقاله‌ای دیگر گزارش خواهد شد.

در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که توجه به مولفه‌های پدیداری بیماران افسرده در طراحی و انطباق مداخلات روان‌درمانی، گامی اساسی در جهت افزایش دقت، انطباق بالینی و اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود.

## نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که پروتکل درمان بین‌فردی انطباق‌یافته با مؤلفه‌های پدیداری بیماران افسرده ایرانی، از روایی محتوایی و روایی تجربی مطلوب برخوردار است و می‌تواند بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی و روابط بین‌فردی بیماران ایجاد کند. با توجه به اینکه این مطالعه مرحله‌ای مقدماتی و با هدف بررسی کارکرد اولیه پروتکل انجام شد، محدودیت‌هایی مانند نمونه کوچک و استفاده از طرح مورد منفرد وجود داشت که تعمیم نتایج را محدود می‌کند. این محدودیت‌ها در مطالعه دوم پژوهش با نمونه بزرگ‌تر مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین، توصیه می‌شود نتایج حاضر با احتیاط تفسیر شده و در مطالعات آینده با نمونه‌های بالینی گسترده‌تر و طرح‌های کنترل شده تصادفی، اثربخشی این پروتکل مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین بررسی تأثیر پروتکل بر متغیرهای روان‌شناختی دیگر و در جمعیت‌های متنوع‌تر می‌تواند به توسعه بیشتر این درمان کمک کند.

## سپاسگزاری

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. این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع و منابع مالی نداشته است. از همکاری و حمایت کلیه متخصصان، بیماران و دست‌اندرکارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

## References


Barber JP, Solomonov N. (2019). Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. World Psychiatry,18(3), 269–270.

Barkham M, Hardy GE, Startup M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. Br J Clin Psychol,35(1), 21-35.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). Beck depression inventory-II. San Antonio, 78(2), 490-498.

Braun V, Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.

Cook DA, Beckman TJ. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine*, *119*(2), 166-e7.

Fata M, Ghasemzadeh S, Ghobari B. (2005). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Psychol Sci, 5(2): 101-110. (In Persian)

Fath N, Azad Fallah P, Rasool-zadeh Tabatabaei SK, Rahimi C. (2013). Validity and reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). J Clin Psychol, 5(3), 69-80. (In Persian)

Fava M, Davidson KG. (2021). Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. Psychiatr Clin North Am, 44(2):195-204. doi10.1016/j.psc.2021.02.002.

James SL, Abate D, Abate KH. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet, 392(10159), 1789–858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7.

Kang SJ, Yoon J, Lee HY. (2020). Effectiveness of interpersonal psychotherapy on social functioning and depressive symptoms in patients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. J Affect Disord, 266, 609-616. doi:10.1016/j.jad.2020.01.103.

Kazdin AE. (2202). Research design in clinical psychology. 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Lawshe CH. (1975). A quantitative approach to content validity. Pers Psychol, 28(4), 563–75.

Li W, Han X, Xu Q, Zhang L.(2024). Individualized psychotherapy: A review. Clin Psychol Rev. , 106, 102271.

Malhi GS, Mann JJ. (2018). Depression. Lancet, 392(10161), 2299–312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2.

Markowitz JC, Weissman MM. (2020). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. World Psychiatry, 19(2), 135-43. doi:10.1002/wps.20743.

Mohammadkhani P, Jokar M, Jahani-Tabesh A, Temanaei-Far SH. (2020). Reliability of the Structured Clinical Interview: Evaluating Kappa Coefficient in an Iranian sample. Clinical Psychology Quarterly, 11(2), 123–134. (In Persian)

Nye C, Littlewood E, Dale H, Anderson R.(2023). Patients' lived experiences of psychological therapy for depression: A systematic review and meta-synthesis. BMC Psychol, 11(1), 116.

Quoidbach J, Hansenne M, Mottet C. (2019). Affective regulation and social support: Interactions and moderating effects. J Affect Disord, 244, 206-13. doi:10.1016/j.jad.2018.10.123.

Rajhans P, Hans G, Kumar V, Chadda RK. (2020). Interpersonal psychotherapy for patients with mental disorders [supplement]. Indian J Psychiatry, 62(Suppl 2), S201–S212. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_771_19.

Stanghellini G, Rossi R. (2019). More than just description: Phenomenology and psychopathology. Philos Psychiatry Psychol, 26(2),109–122.

Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. (2007). Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Magor Depressive Disorder. jrehab, 8, 82-86. (In Persian)

Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ, 366, l4898.

Taylor SE, Sze J, Quoidbach J. (2019). Social regulation of emotion: An integrative review. Curr Opin Psychol, 32,34–41. doi:10.1016/j.copsyc.2019.04.002.

Vigo D, Thornicroft G, Atun R. (2019). Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry, 3(2):171–8. doi:10.1016/S2215-0366(15)00505-2.

Waltz CF, Bausell RB.(1981). Nursing research: design, statistics and computer analysis. 1st ed. Philadelphia (PA): F.A. Davis.

Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. (2018). The empirical status of interpersonal psychotherapy: A review of meta-analyses. Psychiatr Clin North Am, 41(4), 545-58. doi:10.1016/j.psc.2018.05.007.

World Health Organization.(2022). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/258064

World Health Organization.(2023). Depression. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.